Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der „Paradoxen Intention" und „Dereflexion" nach V. E. FRANKL

FRIEDRICH M. BENEDIKT

1960

Dissertations- und Fotodruck Franz Frank
8 München 13, Zieblandstr. 39, Tel. 597 397

Aus der Neurologischen Abteilung der Allg. Poliklinik
der Stadt Wien
Vorstand: Prof. Dr. med. et phil. V. E. Frankl

Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der "Paradoxen Intention" und "Dereflexion" nach V. E. FRANKL

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Friedrich M. Benedikt
Mühldorf-Oberbayern

München 1968

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. M. Kaess
Dekan:	Prof. Dr. F. Holle

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Juni 1968

Meinen Eltern in

Dankbarkeit gewidmet

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
KAPITEL I	
Logotherapeutische Aspekte einer Behandlung mit "Paradoxer Intention" und "Dereflexion"	
A. Die "Paradoxe Intention"	7
B. Die "Dereflexion"	22
KAPITEL II	
Die Therapie mit "Paradoxer Intention" und "Dereflexion"	
A. Erläuterungen zur Durchführung der Behandlung	25
B. Kasuistik:	
Pat. U., (Angst- und Zwangsneurose)	30
Pat. M., (Angst- und Zwangsneurose)	39
Pat. P., (Angstneurose mit Klaustroph.)	48
Pat. H., (Zwangsneurose)	53
Pat. T., (Zwangsneurose)	63
KAPITEL III	
Die "Paradoxe Intention" und ihr Verhältnis zu Persuasions- und Suggestivverfahren und zu den Behandlungsmethoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie"	70
Zusammenfassung	83
Quellennachweis	88
Literaturverzeichnis	92

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545802_0088

Vorwort

Als ich mich mit verschiedenen kurztherapeutischen Neurosenbehandlungsmethoden beschäftigte, stieß ich auf die Methode der "Paradoxen Intention" und "Dereflexion" nach FRANKL. Durch einen günstigen Umstand wurde mir - während eines darauffolgenden Studiums in Wien - die Möglichkeit geboten, an der Neurologischen Abteilung der Wiener Städtischen Poliklinik (Vorstand: Professor Dr. med. et phil. Viktor E. FRANKL) eine Reihe von Behandlungen mit "Paradoxer Intention" selbst verfolgen zu können. Es ergab sich, die "Paradoxe Intention" und "Dereflexion" als Dissertationsthema zu wählen und von der Theorie und praktischen Durchführung der Behandlung zu berichten.

Ich bedanke mich bei Herrn Oberarzt Dr. med. Kurt KOCOUREK, Neurologische Abteilung der Wiener Städtischen Poliklinik, für seine Ratschläge bei der Durchführung der Arbeit, sowie bei Herrn Professor Dr. med. Heinz DIETRICH, Universitäts-Nervenklinik München für seine Anregungen und für die Übernahme des Referates.

Vor allem aber möchte ich Herrn Professor FRANKL für die großzügige Unterstützung und geistige Förderung danken und dafür, daß ich auf seiner Abteilung die Arbeit durchführen durfte.

Fritz Benedikt

Einleitung

Die Behandlung angst- und zwangsneurotischer Patienten gehört zu den schwierigsten Aufgaben eines Psychiaters.
Wenn auch die tiefenpsychologischen Lehrsysteme beachtliche Erkenntnisse über neurotisches Verhalten ans Tageslicht gebracht haben, so ist es mit ihrer Verwirklichung im therapeutischen Alltag schlechter bestellt. Die Ursache dieses Tatbestandes liegt einerseits, CREMERIUS folgend, an der "fast totalen Unangepaßtheit an die soziale und ökonomische Situation..." (1) der Patienten, andererseits an der zu geringen Zahl ausgebildeter Psychotherapeuten, der eine Vielzahl behandlungsbedürftiger Patienten gegenübersteht. Ein weiterer Grund dürfte die ungenügende Anwendung psychotherapeutischer Methoden in der Sprechstunde des praktischen Arztes sein, ohne die die Psychotherapie durch den Facharzt auf allzu wenig Kranke beschränkt bleiben muß. In Anbetracht dieser schwierigen Lage der Behandlung psychischer Fehlhaltungen schließen wir uns CREMERIUS' "Versuch der Auffindung zulänglicher Kurztherapie" (2) an. Insbesondere gilt die Fragestellung der von FRANKL zum erstenmal im Jahre 1946 in seinem Buch "Ärztliche Seelsorge" publizierten und dann im Jahre 1953 (3) erstmals systematisch ausgeführten Methode der "Paradoxen Intention und Dereflexion", die sich als eine aktive, kurztherapeutische Maßnahme zur Behandlung von Angst- und Zwangsneurosen anbietet.

In der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft "Zur Lage der Ärztlichen Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin" (4) ordnet GÖRRES die "Paradoxe Intention und Dereflexion" der pragmatischen Psychotherapie zu und betont: "So wichtig und vordringlich die große analytische Psychotherapie für die Forschung ist, so dringlich ist die pragmatische Psychotherapie für den praktischen Arzt und für den Facharzt..." (4). Nicht nur GÖRRES unterstreicht die Bedeutung pragmatischer Psychotherapie, in unserem Falle der "Paradoxen Intention". Mehrere Autoren wissenschaftlicher Publikationen weisen überdies auf den therapeutischen Erfolg der Methode hin und empfehlen ihre Anwendung in der Praxis. Von diesen seien einige angeführt:
KVILHAUG (Norwegen) bemerkt u. a.: "Die Methode der Paradoxen Intention hat ihre Lebensfähigkeit bewiesen und wird weiterhin ihren Platz behaupten; dies gilt besonders, wenn wir das Prinzip des 'nihil nocere' anwenden wollen, und wenn die Ergebnisse nicht zu lange auf sich warten lassen sollen" (5).
Der Düsseldorfer Psychiater GERZ (früher Connecticut Valley Hospital, Middletown, Connecticut, USA) verfügt über eine ausführliche Kasuistik seiner mit lo-

gotherapeutischer Methodik behandelten Patienten. Er übte während der letzten 7 Jahre mit 47 phobischen und 7 zwangsneurotischen Patienten die "Paradoxe Intention". Besonders interessant sind die Resultate seiner Therapie:
Von den 47 Phobikern sind nach den Angaben von GERZ

38 als geheilt zu betrachten,
5 als wesentlich gebessert und
4 Patienten blieben unbeeinflußt (dabei handelte es sich um solche mit sekundärem Krankheitsgewinn).

Von den 7 Zwangsneurotikern sind

5 als geheilt zu betrachten,
2 sind dermaßen gebessert, daß sie inzwischen seit 4 Jahren wieder voll arbeitsfähig sind (6).

LEHEMBRE (Antwerpen) wiederum berichtet, er habe sich die Aufgabe gestellt, zusammen mit Kollegen die "Paradoxe Intention" in der praktischen Durchführung kritisch zu überprüfen. Über diese Ergebnisse seiner Tätigkeit am 'institut pédologique' der Universität Nimwegen und am 'institut psychiatrique' der Universität Utrecht sowie in seiner Praxis berichtet er unter dem Titel:
" 'L'intention paradoxale', procédé de psychothérapie":

> Die "Paradoxe Intention" von Prof. VIKTOR E. FRANKL (Wien) ist in den verschiedenen Fällen von Angst- und Zwangsneurosen sowie bei Stotterpatienten ein brauchbares Hilfsmittel. Der Vorteil der Therapie besteht darin, daß sie ziemlich schnelle Resultate erzielt. Wenn nicht schon in der ersten Woche ein therapeutischer Einfluß zu bemerken war, so bemerkten wir später auch keinen. Wir behandelten 14 Patienten nach dieser Technik, wovon 9 ziemlich günstig auf die Therapie ansprachen. Die Technik kann unabhängig von anderen Methoden angewandt werden. Im allgemeinen ist es jedoch empfehlenswert, sie mit einer allgemeinen Psychotherapie (z. B. Individualpsychologie oder Existenzanalyse) oder mit Psychopharmaka zu kombinieren, weil die Methode den entstandenen "Mechanismus der Erwartungsangst" zwar durchbricht, nicht aber die zugrundeliegende Struktur: beispielsweise eine psychasthenische Konstitution, eine existentielle Frustration oder Schuldgefühle und eine Selbstbestrafungstendenz. Ausgesprochenen Erfolg kann die "Paradoxe Intention" auch in nicht monosymptomatischen Fällen haben; wir haben - außer in einem einzigen Fall - nie eine Symptomverschiebung beobachtet (7).

Es ist das Ziel dieser Arbeit dem Leser einen Einblick zu geben in das Spezifische einer Neurosenbehandlung nach "Paradoxer Intention". In Kapitel II, das den Hauptteil bildet, werden fünf Fälle angeführt und der logotherapeutische Anteil der Behandlung in großen Zügen wiedergegeben. Besonderes Augenmerk richtete der Verfasser auf das Verhalten der Kranken während der Therapie, auf das Auftreten oder Schwinden von Symptomen und auf die Formulierungen des Arztes und der Patienten; nicht zuletzt sollte das Moment der "Übung" hervorgehoben und auf deren zentrale Bedeutung in der Therapie hingewiesen werden. Gleichfalls interessierte das Befinden der Patienten nach Beendigung der stationären und ambulanten Behandlung. Darum wurde 7 bis 15 Monate nach Behandlungsbeginn bei jedem Patienten eine Epikrise erhoben.
In Kapitel I wird der Kasuistik das theoretische Fundament der "Paradoxen Intention" vorangestellt, damit die beschriebene Behandlung verständlich wird. In Kapitel III wurde versucht, die "Paradoxe Intention" mit Persuasions- und Suggestivverfahren und den Methoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie" zu vergleichen.

Arbeitsmethodisch wurde folgendermaßen vorgegangen: Vorerst durfte der Referent einigen Behandlungen beiwohnen. Während dieser Zeit hat er sich in die Spezialliteratur eingelesen. Sodann verfolgte er - ohne eine bestimmte Auswahl zu treffen - die Therapie von fünf Patienten vom ersten Behandlungstag bis zur Aufnahme der Epikrise. Er notierte den gesamten Behandlungsverlauf und fertigte daraus den "decursus morbi" an.

Aus der Fülle der Notizen kann verständlicherweise nur eine gekürzte Krankengeschichte wiedergegeben werden. Diese Kürzung geschah in der Absicht, nur das Charakteristische der logotherapeutischen Behandlung festzuhalten. Alle weiteren psychotherapeutischen Momente, die natürlich mit in die Behandlung eingingen, bleiben unerwähnt.

Wenn die "Paradoxe Intention" eine Kurztherapie genannt wurde, so ist dieser Fachausdruck, je nach Anwendungsbereich, folgendermaßen zu verstehen: Einmal kann man Kurztherapie als eine selbständige therapeutische Maßnahme betrachten, die keine weiteren Hilfsmittel benötigt; zum anderen kann sie längere Zeit beanspruchende Verfahren verkürzen. In der Ausübung der "Paradoxen Intention" sind beide Anwendungsarten möglich.
Die Bezeichnung Kurz-therapie soll ein weiteres Merkmal der Behandlungsme-

thode hervorheben: k u r z bedeutet hier so viel wie a k t i v. Mit diesem Ausdruck soll auf die vorwiegend aktive Beteiligung des Patienten und des Arztes in der Therapie hingewiesen werden. - Kurztherapie bedeutet aber nicht: ein Verfahren, das stets k u r z z e i t i g zum Erfolg führt oder eine zeitlich und methodisch beschränkte Psychotherapie.
Die gewählte logotherapeutische Betrachtungsweise stellt lediglich einen Aspekt aus der Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten dar; damit soll gesagt sein, daß andere Standpunkte nicht ignoriert werden. Der Referent weiß sich mit FRANKL einig, wenn er in der "Paradoxen Intention" keineswegs ein Allheilmittel sieht, das andere Methoden überflüssig zu machen vermöchte. Die Absicht ist, die Skala psychotherapeutischer Möglichkeiten um die Diskussion über diese Behandlungsart zu erweitern, von der der Referent glaubt, daß sie der Erörterung und gekonnten Anwendung wert ist.

KAPITEL I:

Logotherapeutische Aspekte einer Behandlung mit "Paradoxer Intention und Dereflexion".

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit soll in den beiden folgenden Abschnitten das logotherapeutische Fundament der Behandlungsmethoden in Grundzügen dargelegt werden.

A. Die "Paradoxe Intention":

Vorangestellt sei eine kurze Erklärung der von FRANKL eingeführten Begriffe "Existenzanalyse" und "Logotherapie":
Im "Handbuch der Neurosenlehre" kennzeichnet FRANKL die Existenzanalyse als eine "anthropologische Forschungsrichtung" (8). Ihr Ziel sei es, "das unbewußte, implizite Menschenbild der Psychotherapie bewußt zu machen, zu explizieren, zu entfalten, zu entwickeln..." (9).
Es ist selbstverständlich, daß diese Forschungsrichtung jeder Psychotherapie -nicht nur der Logotherapie - offenstehen muß. Logotherapie ist die "therapeutische Ausgestaltung der Existenzanalyse" (8). Diese psychotherapeutische Schule arbeitet nach einer eigenen systematischen Neurosenlehre. Eines ihrer Verfahren zur Behandlung von Neurotikern stellt die "Paradoxe Intention" dar, ihre folgerichtige und meist notwendige Ausweitung nennt FRANKL: "Dereflexion".

Im Gegensatz zur Tiefenpsychologie oder der lerntheoretisch begründeten Psychotherapie zählt die Logotherapie zu jenen Schulen, die maßgeblich von philosophischem und anthropologischem Gedankengut beeinflußt sind. Von philosophischer Seite ist sie am stärksten von Max SCHELER beeinflußt, ja gewissermaßen entwickelt aus einer Anwendung der SCHELER'schen Phänomenologie auf die Psychotherapie.
Weiterhin ist die Verwandtschaft der Logotherapie mit der Existenzphilosophie HEIDEGGERs und JASPERS' nicht zu verleugnen. Ist es doch ein Charakteristikum der von KIERKEGAARD herkommenden, dann von HUSSERL und SCHELER vorbereiteten Existenzphilosophie Heideggers und Jaspers', daß sie sich für die Person einsetzt. Verlegt diese philosophische Schule doch das Wesen der Person in das

"Akthafte", in die Entscheidung, mit der der Mensch sein Sein übernimmt und es erst so zur Existenz, zur erfüllten Verwirklichung des Person-Seins erhebt. Wie gezeigt werden soll, ist dieses "Akthafte" - die Aktualisierung der Person. wie man es nennen könnte - grundlegend für die Logotherapie und nicht zuletzt für die Anwendung der "Paradoxen Intention".
In der amerikanischen Fachliteratur wird der Einfluß der Existenzphilosophie auf die FRANKL'sche Schule offenkundig, wenn der Harvard-Psychologe G. W. ALLPORT die Logotherapie der "existential psychiatry" zurechnet (10). LESLIE bescheinigt der Logotherapie, sie sei gerade diesbezüglich eine rühmliche Ausnahme:

> Logotherapy is a notable exception; although a good deal of attention is being given in the psychotherapeutic world to existentialism as a new movement rivaling Freudian psychoanalysis and Watsonian behaviorism specific elaborations of an existentialistic psychotherapy are difficult to find (11).

Um das spezifisch Logotherapeutische der Behandlungsmethoden und die zugrundeliegende Theorie verstehen zu können, ist es erforderlich, weiter auszuholen. Es muß der Versuch unternommen werden, einen Ausschnitt des Menschenbildes in den Griff zu bekommen, wie es von der Existenzanalyse entwickelt und gefordert wurde. Aus der Vielzahl existenzanalytischer und logotherapeutischer Aspekte können nur jene berücksichtigt werden, welche die besondere Problemstellung betreffen:

FRANKL sieht die "Totalität des Mensch-Seins" (12) in seiner leiblich-seelisch-geistigen Einheit und Ganzheit. Die Beziehungen dieser drei Seinsbereiche (der somatischen, psychischen und noetischen Dimension) deutet FRANKL nicht nach Art eines ontologischen Stufenbaues (N. HARTMANN), ebenso nicht im Sinne einer anthropologischen Schichtstruktur, wie sie Max SCHELER entwickelt hat. Seine "dimensionale Betrachtungsweise" (13) faßt das Physische, das Psychische und das Noologische als "je eine Dimension des einheitlich-ganzheitlichen Menschseins" (13) auf. Diese drei Dimensionen sind zwar grundsätzlich verschieden und daher ontologisch voneinander abtrennbar; prinzipiell gehören sie jedoch zusammen, sind also "anthropologisch voneinander unablösbar" (13).
Wesentlich für die logotherapeutische Betrachtungsweise ist demnach die bewußte Eingliederung der "geistigen Dimension". Diese "geistige Dimension" ist als die höhere, das will heißen als die u m f a s s e n d e r e Dimension zu betrachten.

Nach existenzanalytischer Lehrmeinung ist der Mensch auch Tier und auch Pflanze, darüber hinaus aber dimensional mehr, nämlich ein Geistwesen. Erst durch Anerkennung der "Dimension spezifisch humaner Phänomene" (14), wie FRANKL die noetische Dimension einmal definiert, werden typisch menschliche Eigenschaften - ohne Verzerrung durch eine Projektion in eine sub-humane Ebene - sichtbar, z. B. : Humor, Sprache, Liebe (bei FRANKL nicht identisch mit Libido), Gewissen (bei FRANKL nicht identisch mit Überich), die Sinn- und Wertstrebigkeit des Menschen, die Geistigkeit, die Freiheit und Verantwortlichkeit u. a. . Die drei letztgenannten Merkmale des Menschen zählt FRANKL zu den "Existentialien des Menschseins" (15). Sie charakterisieren und konstituieren jegliches menschliche Dasein. Da sie in der Lehre von der "Paradoxen Intention" eine erhebliche Rolle spielen, muß auf diese Eigenschaften näher eingegangen werden.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, sei die grundlegende logotherapeutische Vorstellung menschlicher "Geistigkeit" [1] vorangestellt. Worauf es ankommt, ist dies: In der logotherapeutischen Literatur wird unter dem Begriff des "Geistigen" immer etwas Dynamisches, keineswegs etwas Hypostasierendes oder Statisches verstanden, was aus folgendem Abschnitt hervorgeht: FRANKL nennt das "Geistige" im Menschen "... dasjenige, das allem Gesellschaftlichen, Leiblichen und auch noch Seelischen am Menschen gegenüberzutreten vermag, ..." (16). Das Wesen der Person, die SCHELER einmal das "Zentrum geistiger Akte" nannte, offenbart sich in einem Vollzug von Akten, zeigt sich aber nicht zuletzt auch in der Fähigkeit, zu: ex-sistieren, was ja - nach der Definition von FRANKL - nichts anderes heißt als:

> ... aus sich selbst heraus- und sich selbst gegenübertreten, wobei der Mensch aus der Ebene des Leiblich-seelischen heraustritt und durch den Raum des Geistigen hindurch zu sich selbst kommt. Exsistenz geschieht im Geist. Und sich selbst gegenüber tritt der Mensch insofern, als er qua geistige Existenz sich selbst qua psychophysischer Faktizität, als er qua geistige Person sich selbst qua psychophysischem Organismus gegenübertritt (17).

---

1) FRANKLs Begriff der "Geistigkeit" hat primär nichts zu tun mit: Verstand, Vernunft, Weisheit, Logik, Begabung, Intelligenz, Bewußtsein, Bewußtmachen usw. Mit der Erörterung von "Geistigkeit" wird nur auf den einen Aspekt der "LOGO-therapie" hingewiesen, denn LOGOS hat bei FRANKL zwei Bedeutungen: LOGOS 1 bedeutet: Geist, LOGOS 2 bedeutet: Sinn. LOGOS 1 (Geist) soll mit obigen Ausführungen verständlich werden. LOGOS 2 (Sinn) wird später erörtert werden.

Aus dieser Fähigkeit, ex-sistieren zu können, ergeben sich typisch menschliche Merkmale: da der Mensch, und nur er, in der Lage ist, über seine "äußeren Umstände" und "inneren Zustände" (18) hinaus zu existieren, eben darum ist er auch der Selbstironie und des Humors fähig, welche stets eine Erhebung über das eigene Dasein bedeuten. Selbstironie und Humor sind in der logotherapeutischen Neurosenbehandlung von grundlegender Bedeutung; von beiden wird noch die Rede sein.
Weiterhin folgt nun aus der logotherapeutischen Analyse menschlicher Existenz: "... Mensch-sein heißt niemals: faktisch sein, sondern immer: fakultativ sein (19)! Auf den neurotischen Patienten übertragen hieße das: sein So-Sein ist nicht als ein "Nun-einmal-so-und -nicht-anders-sein-Müssen" zu verstehen, vielmehr als ein: "Immer-auch-anders-werden-Können" (20). Die oft gehörte 'Devise': "So ist es - und dabei bleibt es" (19), trifft auch für den Neurotiker nicht zu. Der Kranke muß seine Angstgedanken oder Zwangsvorstellungen keineswegs hinnehmen, auch sein Sein ist noch ein letztlich "entscheidendes Sein, ... ein Sein, das immer noch entscheidet, was es ist" (21).

Wie beispielsweise eine eigene Entscheidung des Patienten in einer logotherapeutischen Neurosenbehandlung zum Ausdruck kommen kann, mag folgende Beobachtung veranschaulichen:

> Ein 32-jähriger Geschäftsmann stand wegen einer akuten Angstneurose mit Agoraphobie in der Poliklinik in Behandlung. Der Patient war schon seit Jahren nicht in der Lage, mit einer Straßenbahn zu fahren, aus Angst, er könnte dort kollabieren. ("Alle Leute könnten sehen, wie mir dort schlecht wird und wie ich zusammenfalle.") Belebte Plätze betrat er unter keinen Umständen. Mit dem Wagen fuhr er nur durch Straßen, an denen Arztpraxen lagen, damit ihm die Ärzte sofort helfen könnten. An jedem Wochenende lernte er aus der Zeitung die Adressen der diensthabenden Ärzte auswendig. Kurz vor Aufnahme in die Klinik stürzte er ins Sprechzimmer und rief: "Helfen Sie mir, Herr Doktor, es ist aus mit meinem Herzen. Helfen Sie mir, ich muß sterben." -- Neben der großen Psychotherapie wurde dieser Patient mit "Paradoxer Intention" behandelt. Um sie zu üben, sollte er mit folgender Formulierung in die Straßenbahn steigen: "So, jetzt werde ich in die Straßenbahn steigen, jetzt wird dort drinnen gestorben, ich werde den Leuten mal zeigen, wie mir schlecht wird, ... wie ich kollabieren kann." -- Nach einigen mißlungenen Versuchen stieg er dann in die Bahn und fuhr zitternd und schwitzend einige Stationen. ("Ich wäre bald gestorben da drinnen, so Angst hatte ich.") Um die angstprovozieren-

de Situation zu verstärken, wurde ihm empfohlen, bis zur Endhaltestelle durchzufahren. Eigenartigerweise stieg der Kranke aber jedes Mal an einer bestimmten, sehr belebten Haltestelle "vor lauter Angst" aus. Verstört kam er dann zu Fuß in die Klinik zurück. Während einer Aussprache erklärte ihm der Arzt, es stünde trotz allem noch in seiner Macht, sich an der bewußten Station für oder gegen eine Weiterfahrt zu entscheiden. Er könne sich entweder entschließen, trotz Angst und Schweißausbrüchen weiter zu fahren, oder er könne aussteigen. Diese Entscheidung sei aber nicht von ihm (dem Arzt) abhängig, sondern dafür sei ausschließlich er (der Patient) zuständig, betonte der Arzt. - Nach einigen Tagen kam der Patient freudestrahlend in die Klinik: "Herr Doktor, ich hab' s geschafft. Ich bin in W. nicht ausgestiegen, sondern einfach weitergefahren, obwohl ich vor Angst 'schlotterte' ". Der Patient ist zum ersten Mal seit Jahren wieder mit einer Straßenbahn bis zur Endstation gefahren. - Nach weiteren Fahrten war er nach 2 Wochen wieder in der Lage, jede Straßenbahn, Schnellbahn, das Auto u. a. ohne Angst zu benützen.

Dieser kasuistische Beleg sollte darlegen, wie ein Patient durch seine eigene Entscheidung, die keineswegs vom Arzt "oktroyiert" wurde, durch eine völlig neue Einstellung gegenüber seinen Angstgedanken zu seiner eigenen Therapie beigetragen hat. Denn erst durch die Entscheidung in der Bahn, trotz Angst weiterzufahren ("... jetzt ist' s egal, jetzt fahr' ich weiter, mal sehen, ob mir dann was passiert..."), hat er demonstriert, daß auch er: anders-sein-kann. Erst durch seinen ureigenen Entschluß ist ihm das endgültige Durchbrechen des "Mechanismus der Erwartungsangst" gelungen.

Aber nicht nur der Angstneurotiker erlernt es, sich zu seinen Symptomen anders als bisher zu verhalten. Die Patienten H. und T. sind Beispiele dafür, wie sehr es bei schweren Zwangsneurosen vornehmlich auf die rechte Einstellung zu den Zwangsideen ankommt. Beide Patienten litten an langjährigen Zwangsneurosen und wurden arbeitsunfähig. Patient H. mußte frühzeitig zwangspensioniert, Patient T. zweimal leukotomiert werden. Nach einer längeren "Paradoxen Intentions"-Behandlung war ein Nachlassen ihrer Zwangssymptomatik zu bemerken. Die Kranken hattes es erlernt, sich so mit ihren Zwangsvorstellungen "auszusöhnen", daß sie im täglichen Leben davon nicht mehr behindert wurden. Sie waren imstande, kühl und gelassen diesen Gedanken gegenüberzustehen. Patient H. war nach einer fünfwöchigen und Patient T. nach einer zehnwöchigen Behandlungszeit wieder arbeitsfähig. - Mit diesen Beispielen sollte gezeigt werden: Logotherapie ist wesentlich Umstellungstherapie. Genauer gesagt: ein End-

zweck der Behandlung ist die "existentielle Umstellung" (22) des Menschen.

Doch wenden wir uns nach diesem Umweg noch einmal den "drei Existentialien des Menschseins" zu: der Geistigkeit, der Freiheit und der Verantwortlichkeit. Die Fähigkeit, ex-sistieren zu können, kommt letzten Endes vollends zur Geltung, wenn sie FRANKL mit dem Phänomen menschlicher Freiheit in Zusammenhang bringt. Erst Ex-sistenz und Freiheit in ihrer Dialektik lassen die von der Person frei regelbare Beziehung Geist - Psychophysikum offenkundig werden. Die erwähnte personale Einstellung ist eben eine wesentlich freie Einstellung. Der Mensch besitzt die "allemal unabdingbare Freiheit" (23), sich zu allem Schicksalhaften und jeder psycho-physischen Gegebenheit "so oder so" einzustellen. Nach existenzanalytischer Lehrmeinung kann die Person durch die "freie Verfügungsgewalt" über ihr Sosein (24) den körperlichen und seelischen Gegebenheiten gegenübertreten; sie kann zu ihnen Stellung nehmen, ja diesen sogar trotzen. "Trotzmacht des Geistes" (25) nennt FRANKL dieses Können. - Der Mensch vermag sogar noch mehr: er ist imstande, sich von seinen körperlichen und seelischen Bedingungen zu distanzieren, was FRANKL die "Selbstdistanzierungsfähigkeit" des Menschen nennt. Diese Fähigkeit ist es, die das logotherapeutische "management" der "Paradoxen Intention" ermöglicht.

Da von der Beziehung Geist-Psychophysikum die Rede war, muß eine weitere Voraussetzung erwähnt werden: es können nicht alle drei Dimensionen des menschlichen Seins von einer Krankheit erfaßt werden. Was sich letzten Endes dem Kategorienpaar gesund - krank entzieht, ist die "geistige Dimension". Aus der Distanz Geist- (erkranktes) Psychophysikum und der beschriebenen, dem Geist eigenen Dynamik ("Noodynamik") ergibt sich ein potentieller Antagonismus: Geist-Psychophysikum. An diesem "psycho-noetischen Antagonismus" hat nach FRANKL alle Therapie anzusetzen.

Die letzte der drei Existentialien, die Verantwortlichkeit, nimmt ebenso wie die Geistigkeit und Freiheit in der Theorie der Existenzanalyse einen breiten Raum ein. Für diese Themenstellung ist sie von Bedeutung für die Lehre von der "Dereflexion". Was die "paradoxe Intention" betrifft, bleibt zu erwähnen: die Logotherapie macht den Patienten nicht verantwortlich für seine Krankheit, sondern lediglich für sein Verhalten zu seiner Erkrankung (26). Nach diesen anthropologischen Vorbemerkungen kann - FRANKLs Beispiel in der "Theorie

und Therapie der Neurosen" folgend- die weitere Erläuterung der "Paradoxen Intention" zum großen Teil von der Theorie der Neurosen her abgeleitet werden.

Da es FRANKL um die Entwicklung einer therapeutischen Maßnahme ging, war es wohl richtig, die Neurose an ihrem "Grundsystem, der Angst" (Hoff, 27) zu erfassen. FRANKL legte bei seinen Beobachtungen größtes Augenmerk auf das Verhalten der Kranken während ihrer Angstzustände. Dabei fiel ihm stets eine immer wiederkehrende Reaktion auf, die er den "Mechanismus der Erwartungsangst" nennt.
Diesen Mechanismus hält er in vielen Fällen für das "eigentlich Pathogene" und den "gemeinsamen Nenner" neurotischer Reaktionen (28).
Dieses Zirkelgeschehen verläuft folgendermaßen:

1. Ein meist völlig harmloses Symptom, z. B. ein gelegentlich unregelmässiger Herzrhythmus löst eine Phobie aus (z. B. Angst vor Herztod).
2. Diese Phobie verstärkt oder fixiert das Symptom des Patienten auch schon; denn Angst erzeugt Herzklopfen.
3. Die Folge ist ein weiteres Anwachsen der (für den Patienten scheinbar nun berechtigten) Phobie, der wieder eine weitere Verstärkung des Symptoms folgt.
4. Dieser 'Teufelskreis' beginnt immer wieder von neuem, der Patient verstrickt sich mehr und mehr in ihn.

Dieser Mechanismus wird beim Neurotiker zu einem eingeschliffenen, "gebahnten" und jetzt erst eigentlich pathologischen Geschehen.

Die nächste Überlegung lautet: wie äußert sich dieser Mechanismus bei einem Angstneurotiker? Bei ihm potenzieren sich vorerst unbestimmte Angstzustände durch den "Mechanismus der Erwartungsangst" zu einer Angst, die FRANKL als eine "Angst vor der Angst" charakterisiert (30). Diese "Angst vor der Angst" ist demnach sekundär als eine reaktive Erwartungsangst zu einer ursprünglichen, primären Angstbereitschaft hinzugekommen, welche die verschiedensten, auch somatischen Ursachen haben kann (z. B. eine Hyperthyreose). Der Mechanismus der Entstehung einer Angstneurose wäre dann, im gegebenen Fall, folgendermaßen verlaufen: die Hyperthyreose kann eine bloße Angstbereitschaft zur Folge haben, in welche (nach einem psychischen Trauma) die reaktive Erwartungsangst einklinkt und sich zu einer "Angst vor der Angst" potenziert. Jetzt erst zeigt sich die volle Angstneurose. Ein Beispiel soll die mögliche Entstehung

einer reaktiven Angstneurose veranschaulichen:

> Patientin U., die an einem kongenitalen Vitium litt, berichtete folgenden Vorfall: nach dem Essen habe sie bemerkt, daß mit ihrem Herzen etwas "nicht in Ordnung" sei. "Ich bekam Angst", erzählte sie, "mein Herz könnte aussetzen (Kollapsphobie), und ich glaubte, meinen Herzfehler zu hören. Ich legte meine Hand auf die linke Brustseite (Beobachtungszwang) und spürte, wie mein Herz immer wilder und wilder schlug. Schon glaubte ich, sterben zu müssen" (Erwartungsangst). Und dann fügte sie bezeichnenderweise hinzu: "Ich hatte öfters solche Angstanfälle, manche waren schwer, manche nicht so arg. Doch bei jedem (Angstanfall) hatte ich schon wieder Angst vor dem nächsten... ("Angst vor der Angst")... Ich lebte dauernd in Angst."

Hier wurde, wie FRANKL es formuliert, die Erwartungsangst zu einer Angsterwartung, was kennzeichnend für den Angstneurotiker ist. Erst wenn die unbestimmte Angst zum Gegenstand einer Erwartungsangst geworden ist, pflegt nach FRANKL eine voll ausgebildete Angstneurose aufzutreten.

Da die Ursache der primären Angst erwähnt wurde, muß auch der Grund für die sekundäre "Angst vor der Angst" genannt werden; der Grund, der diese Angst sozusagen am Leben erhält. In der "Theorie und Therapie der Neurosen" geht FRANKL darauf näher ein (31): als er dieser "Angst vor der Angst" auf den Grund ging, erwies sich diese keineswegs als "grundlos". Die Neurotiker gaben vielmehr an, der Grund ihrer Angst sei die Befürchtung gewesen, der erwarteten ängstlichen Erregung könnte ein

(1) Kreislaufkollaps, ein
(2) Herzschlag, oder ein
(3) Hirnschlag folgen.

Näher besehen handelt es sich also um eine im Hintergrund auftauchende:

(1) Kollapsphobie, eine
(2) Infarktphobie, oder eine
(3) Insultphobie,

die den Nährboden für die Angstneurose bildeten.
Auch die in Kapitel II angeführten Patienten wiesen immer wieder spontan auf ihre Befürchtung hin, sie könnten (beispielsweise) an einem Herzversagen sterben:

Patientin U. schilderte: "... ich habe eine schreckliche Angst bekommen und geglaubt, mein Herz würde stillstehen..." (Infarktphobie).
Ähnlich auch Patient P.: "... ich ängstigte mich, an einem Kreislaufversagen sterben zu müssen (Kollapsphobie). Die Angst wurde immer stärker... So glaubte ich schon, mein Herz würde zu schlagen aufhören" (Infarktphobie).
Oder Patientin M.: "Ich hatte Angst, mich könnte ein Gehirnschlag treffen" (Insultphobie).

Der Vollständigkeit halber muß eine weitere Gruppe von Angstneurotikern erwähnt werden, bei denen sich eine "Angst vor sich selbst", gepaart mit einer übertriebenen Selbstbeobachtung, sich zu einer reaktiven Angstneurose potenzieren kann. Derartige Patienten ängstigen sich vor den Ursachen ihres Zustandes, z. B. vor der Ursache eines "Depersonalisations-Syndroms", wie es bei Hypokortikosen vorkommen kann. Sie glauben, ihr Befinden könnte schon der "Vorbote oder gar das Anzeichen einer Geisteskrankheit sein" (Psychotophobie), oder sie könnten sich (Suizidphobie) oder anderen (Homizidphobie) etwas antun (32).

Bezeichnenderweise fand FRANKL auch beim Zwangsneurotiker, wie sehr sein Leiden von einer Angst bestimmt ist, genau gesagt: einer "Angst vor dem Zwang" (33). Der Kranke ängstigt sich vor der möglichen Ausführung seiner sinnlosen Zwangsgedanken, weil er glaubt, seine Einfälle könnten einmal zum Wahnsinn führen (1) oder er könnte sich (2) oder anderen (3) etwas antun. Mit diesen Ausführungen ist der jeweilige Grund der Angst vor dem Zwangsgedanken auch schon angegeben. Genau wie bei einer Gruppe der Angstneurotiker handelt es sich um eine

(1) Psychotophobie, eine
(2) Suizidphobie, oder eine
(3) Homizidphobie. (33)

Fügen wir einige Aussagen der in der Kasuistik angegebenen Patienten an, die FRANKLs Angaben bestätigen können:
Patientin M. meinte: "Lange Zeit habe ich geglaubt, ich würde verrückt werden, meine Gehirnfunktionen würden nachlassen..." (Psychotophobie).
Patientin U.: "Ich reagierte anders als die anderen. Bei allem, was mir zustieß, dachte ich, ich sei schon verrückt, hätte eine Gehirnerweichung oder Schizophrenie..." (Psychotophobie). Außerdem meinte sie: "Ich ängstigte mich, etwas zu

tun, was man nicht tun darf, z. B. mich umbringen" (Suizidphobie). Und: "Sagen Sie, ist das noch normal, was ich da sage?... Ist das nicht schon verrückt?.. Ich habe Angst..., ich könnte Gedächtnislücken bekommen und überschnappen" (Psychotophobie).
Patient T. schließlich sagte: "Ich habe direkt Angst vor meiner Krankheit, ich muß ja verrückt werden ("narrisch werden"), und die Leute müssen denken, ich bin dumm und ganz verblödet..." (Psychotophobie).

Die Kranken reagieren nun auf ihre Angstzustände in einer typischen Weise, die FRANKL folgendermaßen beschrieben hat:
Der Angstneurotiker begibt sich auf die "Flucht vor der Angst", indem er zu Hause bleibt (siehe Pat. P.). Der Zwangsneurotiker reagiert in der Weise, daß er den "Kampf gegen den Zwang" (34) aufnimmt und diesen damit nur verstärkt. Erst der "Kampf gegen den Zwang", ausgelöst von einer Angst vor den Zwangsgedanken, führt zu einer ausgesprochenen Zwangsneurose.
Dazu einige Äußerungen der Patienten:
Patientin U.: "Um meine Gedanken loszuwerden, putzte ich verzweifelt Schuhe..."
Patient T.: "Meine Zwangsgedanken beherrschten mich derart, daß jeder Ablenkungsversuch mißlang. Ich ging spazieren, bummelte durch die Stadt, besuchte Tanzlokale, nur um auf andere Gedanken zu kommen, aber nichts nützte mir."
Patient H.: "Je mehr ich gegen diese Einfälle ankämpfte, desto ärger wurden sie."

Obwohl die Sexualneurosen nicht unmittelbar in diesen Themenkreis gehören, ist für das Verständnis der "Paradoxen Intention" FRANKLs anthropologische Deutung sexualneurotischer Störungen auszugsweise nötig.
Auch die reaktiven Sexualneurosen kennzeichnet eine Erwartungsangst, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Von Bedeutung ist vielmehr jenes sexualneurotische Verhalten, das in der Logotherapie die "forcierte Intention der Sexuallust" und die "forcierte Reflexion des Sexualaktes" (35, 36) genannt wird. Für die Existenzanalyse ist es ein "Grundtatbestand menschlichen Daseins,... daß m e n s c h l i c h e s Sexualleben immer auch schon mehr als b l o ß e s Sexualleben ist, und zwar insofern, als es Ausdruck eines Liebesstrebens ist" (37). Voraussetzung und Bedingung für das menschliche Liebesstreben ist die existentiell vorhandene Liebesfähigkeit, mit anderen Worten: die

'Selbsttranszendenz" (FRANKL) hin zum Partner. Diese Phänomene werden erst durch die Einbeziehung der humanen Dimension sichtbar. Mit diesen Ausführungen soll gesagt sein: in einer normalen (nichtneurotischen) Beziehung begegnen sich zwei Partner zuerst im geistig-menschlichen Bereich und fühlen sich voneinander angezogen. Erst als Wirkung dieses liebenden Interesse-nehmens beider Partner kommt es zum Sexualverkehr, und in dessen Folge stellt sich Sexuallust ein.

Das Verhalten des Sexualneurotikers ist demgegenüber folgendermaßen charakterisiert: wie jeder Neurotiker ist er mehr an Gefühlen denn an Gegenständen interessiert. Der Sexualneurotiker intendiert letzten Endes Potenz und Orgasmus und die daraus resultierende Sexuallust. Er intendiert aber nicht den Partner, der ihm diese Lust erst "schenken" könnte. Es kennzeichnet ihn demnach das von FRANKL beschriebene "sexualneurotische Reaktionsmuster": der "Kampf um die Lust" (38). Aber dieser Kampf mißlingt ihm auch schon; den "Lust gehört zu den Dingen, die ein Effekt bleiben müssen und nicht intendiert werden können..." (39). Der sexualneurotische Patient verjagt seine heißersehnte Lust auch schon, weil er den Grund seiner Lust -den Partner- aus den Augen verloren hat und womöglich noch durch übertriebene Selbstbeobachtung -oder Beachtung des Sexualaktes-den normalen Ablauf des Geschlechtsverkehrs stört. Man könnte diese Vorstellung ebenso an der Freude, dem geistigen 'pendant' der Lust, veranschaulichen, auch die Freude entzieht sich direkter Intention. Der Mensch muß erst einen Grund zur Freude gefunden haben, dann stellt sich diese automatisch ein.

Beide - die "forcierte Intention der Sexuallust" und die "forcierte Reflexion des Sexualaktes" - stellen für den Sexualneurotiker den "forcierten Wunsch nach etwas Normalem" dar, während die beschriebenen Angstzustände der Angst- und Zwangsneurotiker (die "Angst vor der Angst", "Angst vor sich selbst", "Angst vor dem Zwang") als eine "Furcht vor etwas Abnormem" (36) zu charakterisieren wären.
Streng genommen ist jetzt der Kern der logotherapeutischen Theorie der "Paradoxen Intention" erreicht, gewissermaßen jener Schritt, welcher der Methode ihren Namen gegeben hat:
FRANKL nützte nämlich die Erkenntnisse über das sexualneurotische Verhalten zur Therapie bei Angst- und Zwangsneurosen. - Damit ist gemeint: Wenn einerseits der Sexualneurotiker durch seinen intensiven "Wunsch nach etwas Normalem" die

Wunscherfüllung auch schon verunmöglicht, weil er etwas intendiert, was sich jeder Intention entzieht, wenn andererseits sich beim Angst- und Zwangsneurotiker dieses Abnorme auch schon einstellt, weil es in den "Mechanismus der Erwartungsangst" eingeht, dann kann sich diese Erkenntnis für eine Therapie als nützlich erweisen.
Und FRANKLs Schlußfolgerung lautete: "Wie wäre es, wenn wir den Wunsch mit etwas Abnormem verbänden und so der Neurose einen Strich durch die Rechnung machten?" (36) - Genau das wird in der Praxis durchgeführt: An die Stelle der Angst vor einem Angstanfall oder der möglichen Ausführung eines Zwangseinfalles soll der Wunsch oder die (für den Patienten so paradoxe) Absicht (= Intention) treten, diesen Wunsch auch schon verwirklichen zu wollen, wenn auch nur gedanklich und nur für kurze Zeit. Durch eine derartige Intention wird der Neurotiker seinen Befürchtungen schon den "Wind aus den Segeln" nehmen (36). Der Patient wird nämlich in der psychotherapeutischen Sitzung angehalten, sich das zu wünschen oder vorzunehmen, wovor immer er sich fürchtete. Ja, er muß jegliche Situation, die er früher gemieden hatte, nachgerade aufsuchen.

Grundsätzlich bemüht sich der Arzt in der "Paradoxen Intentions"-Behandlung, jedes eingefahrene Zirkelgeschehen der Erwartungsangst bei Angst- und Zwangsneurosen - in besonders gelagerten Fällen auch bei Sexualneurosen - bei phobischen Zustandsbildern, iatrogenen Neurosen, reaktiv neurotischen Reaktionen, sowie bei verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen entgleisen zu lassen; gleichgültig, mit welcher Theorie man auch immer manipulieren mag. In erster Linie bei der Behandlung phobischer und angstneurotischer Patienten wird offenkundig, wie sehr sich die paradoxe Intention "im Sinne des Durchbrechens sogenannter 'feedback mechanisms'" (40) auswirkt.
Wie aber logotherapeutisches Bemühen darüber hinausgeht, kann am besten anhand der Behandlung zwangsneurotischer Patienten dargestellt werden, weil sich hier echte Logotherapie darbietet. Der Arzt bemüht sich, neben einer Korrektur der zwangsneurotischen "Weltanschauung der Hundertprozentigkeit" (41) die personale Einstellung des Patienten zur Krankheit zu wandeln ("existentielle Umstellung"). In diesem Sinne ist Logotherapie nicht nur Umstellungstherapie, sondern auch "echte personalistische Psychotherapie" (hervorgeh. d. d. V. 42). Durch den Einstellungswandel muß es der Kranke zuwegebringen, das pathogene "Sturmlaufen und Anrennen gegen vermeintliche psychotische oder auch nur wirkliche neurotische Symptome" (43) zu vermeiden, damit schließlich eine Reduktion der Zwangssymptome auf ein "Minimum psychotherapeutisch wirklich

unbeeinflußbarer Charakterdisposition" (44) erfolgt, eine Reduktion auf den "schicksalhaften Kern" (45) der Zwangsneurose: die anankastische Psychopathie. -- Natürlich liegt den therapeutischen Bestrebungen folgende Auffassung zugrunde: FRANKL hält die "Charakterentwicklung zur ausgesprochenen Zwangsneurose nicht für unausweichlich schicksalhaft" (46). Schicksalhaft ist für ihn nur die charakterliche Praedisposition, während das Verhalten der Person zu dieser Anlage noch immer ein freies ist. Freilich räumt FRANKL ein, diese Umstellung sei wohl nur im Frühstadium der Erkrankung oder zumindest bei leichteren Fällen möglich, kurz: in all jenen Fällen, bei denen "die Einstellung selber noch nicht jene typisch zwangsneurotische Starre hat" (47). Wie weit diese Umstellung gehen kann, mag der Ausspruch einer Patientin verdeutlichen, von der in der "Psychotherapie in der Praxis" berichtet wird. Die Kranke hatte eine derartige Distanz von ihren Zwangssymptomen erreicht, daß sie mit ihrer Neurose - wie mit einer Sache - umzugehen verstand. So sprach sie von "ihrer" Zwangsneurose:

"... ich betrachte die Zwangsneurose nicht mehr als über mir, sondern unter mir stehend; während die Neurose bisher sozusagen eine Respektsperson war, bin ich jetzt schon frech zu ihr, ... hier bin ich, dort die Zwangsvorstellung; sie stellt Anträge - ich jedoch muß sie nicht akzeptieren. Die Zwangsvorstellung, so dachte ich mir jeweils, kann ja nicht von selber die Hände waschen - ich müßte es tun: ich aber unterlasse es eben" (48).

Zum Abschluß der theoretischen Überlegungen müssen typisch menschliche Eigenschaften erwähnt werden, welche im Rahmen der Logotherapie mithelfen, die Neurose zu überwinden. Diese Eigenschaften sind der Humor und die Ironie. Der Humor ist das Medium, mit dessen Hilfe die Aktualisierung der menschlichen "Selbstdistanzierungsfähigkeit" erreicht wird. Welche therapeutische Bedeutung FRANKL dem Humor in der Neurosenbehandlung zukommen läßt, wird aus folgender Textstelle deutlich:

> Denn dieses Lachen, aller Humor, schafft Distanz, läßt den Patienten von seiner Neurose sich distanzieren. Und nichts vermöchte einen Menschen in solchem Maße instand zu setzen, Distanz zu schaffen zwischen irgend etwas und sich selbst, wie eben der Humor (49).

Oder an einer weiteren Stelle:

> Nichts vermöchte die Umstellung gegenüber menschlichen Bedingt- und Gegebenheiten so heilsam zu gestalten, wie der Humor (49).

Wie tief der Humor die gesamte Behandlung durchdringt, zeigt sich nicht nur in der humorvollen Formelbildung, sondern auch jedesmal, wenn der Arzt dem

Kranken die Anwendung der "Paradoxen Intention" vorspielt, was eine affektive Mitreaktion des Patienten auslösen soll. Außerdem räumt der "genius loci" einer logotherapeutisch arbeitenden Klinik dem Humor breitesten Spielraum ein. All das trägt dazu bei, den Kranken Distanz zu seinen Symptomen einnehmen zu lassen, um diese auch schon zu objektivieren; und dies hat letzten Endes eine Entkrampfung in der Gesamthaltung gegenüber der Neurose zur Folge.

Die therapeutische Wirksamkeit des Humors wird noch verstärkt, wenn der Kranke ihn mit jener Geisteshaltung zu verbinden weiß, welche gemeinhin als Ironie bezeichnet wird. Durch sie setzt sich der Patient - seine neurotischen Symptome bagatellisierend - ironisch-lächelnd über diese hinweg. Einmal bezeichnet FRANKL diese Mischung aus Humor und Ironie, die das Verhalten des Patienten in der intentionalen Übung so sehr kennzeichnet, als Selbstpersiflage (47).

Wie gekonnt es die Kranken zuwegebrachten, durch möglichst humorvolle und ironische Formulierungen ihre Angst "ad absurdum" zu führen, wie sie die jeweiligen Zwangsideen bewußt zu übertreiben verstanden oder ihnen mit "Humor und Gelassenheit" (46) gegenüberzustehen vermochten, zeigt nichts eindringlicher als ihre Vormulierungen, von denen zum Abschluß einige ausgewählt seien:

Patientin U. berichtet von ihrer täglichen Übung auf der Straße: "... dann habe ich mich selbst 'auf den Arm genommen' und mir gesagt: gestern wollte ich mich zehnmal unter ein Auto werfen, so werde ich es heute zwanzigmal tun, ... das Blut soll nur so spritzen."

Patient S. begann schon beim Weggehen aus der Klinik mit der Intention: "Jetzt wird es lustig, ich werde in die Straßenbahn steigen und erst kollabieren, wenn ich die Endstation erreicht habe. Dort werde ich mich auf den Rasen legen, ... und dann werde ich sterben. Der Doktor soll mich ruhig mit Blaulicht holen müssen..."

Gelassen reagierte Patientin M. auf ihre Zwangseinfälle:

"... jetzt gehe ich schon seit Tagen mich 'schmutzig machen', nun gehe ich halt auch noch 'verrückt werden', Was ist schon dabei, verrückt zu werden?"

Sie verstand es, ihre Zwangsideen während des Übens zu Hause bewußt zu übertreiben: "Was machen mir die Brösel schon?... Jetzt wird gebröselt und gebröselt... einen richtigen 'Bröselteppich' soll es geben... und dann sage ich zu ihnen (den Zwangsgedanken), sie sollen ruhig bleiben... willkommen seid ihr alle!"

Ebenso Patient H.:
"So, da steht schon wieder eine Krankenschwester, da werden wir gleich hingehen und ihr die Augen ausdrücken, ... und im Parterre ist große Visite, hei, da gibt es was zu tun: dort finden wir gleich einen ganzen Haufen Leute zum Augen ausdrücken, bei solchen Leuten steht es ordentlich dafür, richtig zu drücken, -- ... hinter mir sollen nur mehr Blinde und ein Haufen Glaskörper zurückbleiben."
Distanz und Gelassenheit gegenüber den Zwangsvorstellungen brachte Patientin M. in ihrer Äußerung zum Ausdruck:
"Ich sagte mir: der Gedanke an den Schmutz quält mich momentan. Das ist richtig. Aber das ist ja nur ein Gedanke, der niemals mein Leben bestimmen kann. Soll er für einige Zeit ruhig bleiben, soll er mich ruhig quälen, ich freue mich schon darauf... Wovor ich mich so fürchte, das ist ja nur ein Gedanke, eine Zwangsvorstellung... Auf der einen Seite bin ich und mein Leben, auf der anderen ist meine Zwangsneurose mit ihren Einfällen, die mir gar nichts anhaben können".

Nachdem die theoretischen Grundlagen einer Behandlung mit "Paradoxer Intention" angeführt wurden, muß das logotherapeutische Fundament einer Behandlung nach "Dereflexion" angeschlossen werden, da beide Methoden notwendigerweise zusammengehören.

B. Die "Dereflexion".

Bevor die Theorie der "Dereflexion" besprochen werden kann, müssen einige anthropologische Bemerkungen vorangestellt werden. Sieht die Logotherapie in der menschlichen "Selbstdistanzierungsfähigkeit", die durch die Freiheit des Menschen möglich wird, die anthropologische Bedingung für eine Therapie mit "Paradoxer Intention", so bildet die "Selbsttranszendenz", welche anthropologisch der Verantwortlichkeit zugrunde liegt, die Voraussetzung für das therapeutische Korrektiv in der "Dereflexion".
Insofern als der Mensch ein Leben besitzt, für dessen sinnvolle Verwirklichung er die Verantwortung trägt, wird er erst eigentlich Mensch, wenn er sich selbst transzendiert, indem er sich irgend etwas zuwendet, was außerhalb seiner selbst liegt. Dazu eine Textstelle:

> Existenz, die nicht den Logos (hier Logos 2 : Sinn, hervorgeh. d. d. V.) sondern sich intendiert, verfehlt sich; aber sie verfehlt sich nicht weniger, wenn sie nicht - den Logos intendierend - sich transzendiert... (50).

Da die "Dereflexion" im Grunde in der Verantwortlichkeit des Menschen wurzelt, muß auf dieses Phänomen näher eingegangen werden. Von den verschiedenen Literaturstellen, in denen von Verantwortlichkeit die Rede ist, sei zuerst diejenige ausgewählt, die den Menschen als verantwortliches Wesen charakterisiert.

> Die Existenzanalyse spricht den Menschen frei; aber sie spricht ihn nicht nur frei, sondern auch verantwortlich ... denn Verantwortlichkeit impliziert ja bereits ein "Wofür einer verantwortlich ist", und nach der Lehre der Existenzanalyse ist dasjenige, wofür der Mensch verantwortlich ist, die Erfüllung von Sinn und die Verwirklichung von Werten. So sieht denn die Existenzanalyse den Menschen für ein sinnorientiertes und wertstrebiges Wesen an... (51)

Fügen wir eine weitere Textstelle an, dann wird unsere Vorstellung klarer werden. FRANKL umreißt hier das Verantwortungsbewußtsein näher, indem er einige Möglichkeiten dieser Sinn- und Wertverwirklichung angibt und zugleich den selbsttranszendenten Charakter menschlicher Existenz hervorhebt.

> Zum Wesen des Menschen gehört das Hingeordnet- und Ausgerichtet sein, sei es auf etwas, sei es auf jemand, sei es auf ein Werk oder auf einen Menschen, auf eine Idee oder auf eine Person (52)!

Diese Auffassung vom Wesen des Menschen, die man ähnlich auch bei TRÜB, JASPERS, BUBER und EBNER finden kann, geht ebenso aus folgendem Satz hervor:
"Der Weg des Menschen zu ihm selbst führt über die Welt; sich selbst findet der Mensch nicht anders als im Anderen" (52).
Für die Existenzanalyse bedeutet die Tatsache menschlicher Selbsttranszendenz ein "Grundgesetz menschlichen Daseins" (52). Diese Fähigkeit gilt es in der "Dereflexion" zu mobilisieren.

Einmal kann die Technik der "Dereflexion" bei jenen Patienten erfolgreich angewandt werden, bei denen durch bewußtes Intendieren und Beobachten und durch unnötige Kontrolle einer Organtätigkeit der Funktionsablauf gestört ist. So bei Stotterpatienten, Patienten mit Schluckbeschwerden, bei Schlafstörungen u. a. . Zur Behandlung dieser Störungen wird die "Dereflexion" mittels Formelbildungen geübt. Man kann sie auch mit dem "Autogenen Training" (J. H. SCHULTZ) kombinieren.

Für die Behandlung von Angst- und Zwangsneurosen ist der Begriff "Dereflexion" jedoch weiter zu fassen. Haben wir im Vorkapitel die "Paradoxe Intention" sozusagen als das "negative (psychotherapeutische) Moment" kennengelernt, so ist die "Dereflexion" gewissermaßen als das "positive (logotherapeutische) Moment" (53) aufzufassen. Positives Moment aus dem Grunde, weil der Patient, (der es im Training der "Paradoxen Intention" gelernt hat, an seinen Angstgefühlen, an seiner Neurose vorbeizuleben) sich nun einer Lebensaufgabe zuwenden soll, für die er sich selbst entschieden hat. Mit anderen Worten: er gibt sich dem positiven Moment der Therapie hin, der Erfüllung von Sinn und der Verwirklichung von Werten, während er von seinem eigenen Ich sich abwendet, also de-reflektiert. Für die Logotherapie im engeren Wortsinn ist nicht die "paradoxe Intention", vielmehr die "Dereflexion" das therapeutische Ziel. Das geht aus folgendem Abschnitt des Buches "Ärztliche Seelsorge" hervor, in welchem der Autor zugleich die therapeutische Notwendigkeit der "Dereflexion" rechtfertigt. FRANKL bemerkt hier:

> ..., daß der letzten Endes entscheidende Schritt über die paradoxe Intention insofern hinausgeht, als er in der von der Logotherapie so genann-

> ten Dereflexion gipfelt, so zwar, daß die Überwindung der Neurose in dem Maße gelingt, in dem konkrete Sinnmöglichkeiten analytisch erhellt und erarbeitet werden, deren Erfüllung und Verwirklichung den Patienten persönlich anspricht und existentiell anfordert (54).

Die Patienten werden nämlich in dem Maße aus ihrem ständigen Denken an ihre Angstgefühle oder Zwangsvorstellungen herausgerissen, indem sie es gelernt haben, sich einer "Sache" zuzuwenden, indem sie sich von einer großen Aufgabe angezogen fühlen, die sozusagen auf sie wartet. Genauso wie es der Neurotiker in der "Paradoxen Intention" lernt, seine Symptome zu ironisieren, so gelingt es ihm in der "Dereflexion", seine Symptome zu ignorieren. Es ist aber zu betonen: es wird natürlich nur eine Ironisierung der Symptome angestrebt, nicht etwa eine Bagatellisierung der Krankheit des Patienten.
Die Konfrontierung der Patienten mit einer Aufgabe, das will heißen: mit den verschiedenen Sinnmöglichkeiten, die ihm das Leben bieten mag ergibt sich individuell aus der Persönlichkeit des Kranken. Die Verwirklichung von Sinnmöglichkeiten ist daher für jeden Menschen verschieden, da nach FRANKL der Sinn für jede Person und für sie in jedem Augenblick ein anderer ist. Auf die Problematik des Sinnes und der Werte soll in diesem Rahmen nicht weiter eingegangen werden, so viel aber muß erwähnt werden: die von der Logotherapie angestrebte Sinnfindung durch den Patienten ist nicht zu verwechseln mit einer Sinngebung durch den Arzt oder etwa mit einem "weltanschaulichen Oktroy", der ja therapeutisch ohnehin effektlos wäre. Der Therapeut kann dem Patienten nur bei der Wiederaufrichtung seines "Willens zum Sinn" (55) behilflich sein.
Nach Donald F. Tweedie ist es der Sinn der "Dereflexion", sozusagen von zwei Seiten die Neurose anzugehen. Einmal ist es die Absicht der Behandlung, den Patienten von seinen Symptomen, von seiner Selbstbezogenheit und seinem Beobachtungszwang abzulenken. Zum anderen soll der Kranke hingelenkt werden auf das in vollem Verantwortungsbewußtsein ergriffene konkrete und persönliche Dasein, worin die Existenzanalyse den tiefsten Sinn einer psychotherapeutischen Behandlung sieht (56).

KAPITEL II:

Die Therapie mit "Paradoxer Intention" und "Dereflexion".

A. Erläuterungen zur Durchführung der Behandlung:

Die Neurosenbehandlung an der Wiener Poliklinik verläuft in zwei Abschnitten:

1. Die vollklinische Durchuntersuchung.
Dauer: ca. 6 bis 8 Tage. Es werden sämtliche klinischen Routine-Untersuchungen durchgeführt, einschließlich EEG und Testverfahren des Fachpsychologen. Diese Untersuchung dient der Diagnose und Therapie organischer Leiden, die durch neurotische Erscheinungen überdeckt sein können. Gleichzeitig beginnt die medikamentöse Ruhigstellung des Patienten und eine gezielte medikamentöse Therapie.

2. Die psychotherapeutische Behandlung. Diese ist einzuteilen in:

a) die allgemeine Psychotherapie
b) die eigentliche Behandlung mit "Paradoxer Intention".

Die Dauer der allgemeinen psychotherapeutischen Behandlung ist individuell sehr verschieden. Für eine Behandlung mit "Paradoxer Intention" werden zu Beginn meist ca. 30 Minuten, nach kurzer Zeit aber nur mehr 10 bis 15 Minuten pro Sitzung benötigt. Stationäre Patienten erscheinen gewöhnlich einmal täglich beim Arzt, ambulante Patienten anfangs dreimal wöchentlich. Die Frequenz wird langsam auf einmal wöchentlich - bei den ambulanten Patienten - reduziert. Die Behandlung wird in lockerer Gesprächsform durchgeführt. Eine logotherapeutisch orientierte Psychotherapie "hat das grosse geschichtliche 'Modell' einer geistigen Auseinandersetzung, das klassische Gespräch von Mensch zu Mensch: den sokratischen Dialog, zum Vorbild" (57).

Die allgemeine Psychotherapie:

Die "Paradoxe Intentions"-Behandlung ist stets eingebettet in eine große allgemeine Psychotherapie. Diese beginnt bei Aufnahme in die Klinik und endet meistens mit Abschluß der stationären oder ambulanten Behandlung. Es können alle therapeutischen Maßnahmen Verwendung finden, die einer grossen Klinik mit angeschlossener Ambulanz zur Verfügung stehen, wie es an der Wiener Klinik der Fall ist; um nur einige zu nennen: das "Verstehende

Gespräch" (CREMERIUS) einschließlich Aussprachen mit Ehepartnern und Familienangehörigen, Traumanalysen, Aufzeigen psychodynamischer Zusammenhänge, das "Autogene Training" (J. H. SCHULTZ), Hypnose, Narkoanalyse, Arbeitstherapie. An anderen Kliniken wird die "Paradoxe Intention" kombiniert mit einer psychoanalytischen Behandlung (KACZANOWSKI) (58) oder mit einer psychoanalytischen Behandlung und WOLPE's "deconditioning therapy" (KVILHAUG, Norwegen, 5).

Die Behandlung mit "Paradoxer Intention":

Die Vorphase der eigentlichen Behandlung mit "Paradoxer Intention" verläuft wie folgt: nach einer Einführung in Behandlungsart und -technik lernt der Patient die richtige Formulierung bilden. Um nur ein Beispiel anzuführen: Pat. U. intendierte zu Behandlungsbeginn immer: "Mir ist so schlecht." Diese Formulierung wäre im Sinne der "Paradoxen Intention" nicht richtig, sie müßte vielmehr lauten: "Mir soll noch schlechter werden." Mittels Formelbildung und humorvollem Vorspielen der Intention durch den Arzt erlernt es der Patient, die rechte selbstironisierende Haltung gegenüber seinen Symptomen einzunehmen. Gleichzeitig übt er das Herbei-wünschen oder Sich-Vornehmen des Gefürchteten, und zwar zunächst im Klinikbereiche.

Nach diesem Initialstadium kann die Behandlung in die Hauptphase, die aktive Durchführung, übergehen.

Es müssen zwei Möglichkeiten der Intention unterschieden werden:

a): Dinge, die man sich nur herbeiwünschen, aber nicht vornehmen kann (z. B. bei Kollaps-, Infarkt-, Insult-, Karzinophobien, Erröten bei Erythrophobien u. a.), wird der Kranke einfach zu intendieren versuchen, später auch außerhalb der Klinik während täglicher Ausgänge. Pat. U. z. B., die Angst hatte, an einem Herzinfarkt sterben zu müssen, intendierte während ihrer Spaziergänge: "Ich werde jetzt gehen und meinen Herzinfarkt bekommen, ha, nicht nur einmal werde ich heute sterben, nein, gleich zehnmal werde ich sterben."

b): Dinge, die man sich vornehmen und durchführen kann (z. B. bei Furcht vor Treppensteigen oder Straßenbahnfahrten, bei Agora- und Klaustrophobien, bei den verschiedensten Zwangsvorstellungen), intendiert der Patient, indem er die angstprovozierende Situation regelrecht aufsucht. Dies galt für Pat. P., der jede Straßenbahn mied, aus Angst, er könnte in dem Wagen kollabieren. Er fuhr mehrere Male täglich in der Straßenbahn mit der Formulierung: "Ich werde jetzt in die Straßen-

bahn steigen und dort kollabieren, den Leuten zeige ich schon, wie mir schlecht werden kann," bis er schließlich die Angst vor dem Kollapstod verlor.

Die täglichen Übungen werden unmittelbar vor ihrer Durchführung mit dem Arzt besprochen.

Dazu ein Beispiel:

Von Pat. P. wußte der Arzt, daß er eine Straßenbahnlinie besonders mied, weil bei dieser nur Wagen mit pneumatischen Türen eingesetzt sind. Herr P. übte nun genau in den Wagen dieser Linie auf Anraten des Arztes die paradoxe Intention. Er wurde angehalten, keine andere Route zu befahren.

Ein weiteres Beispiel:

Pat. M. befiel ihre "Angst vor dem Schmutz" nur immer in ihrer eigenen Wohnung. Folglich übte sie die Methode zu Hause; sogar die Empfehlung des Arztes, sie solle nur einmal täglich aufräumen, in der Wohnung Brösel verstreuen und Wasser verspritzen, hielt sie gewissenhaft ein.

Sofort nach dem Ausgang erscheint der Patient zur Erfolgs- oder Mißerfolgsmeldung beim Arzt. Erfolgreiche Ausgänge werden zur Stärkung des Selbstbewußtseins und zum ständigen Training unter ähnlichen Bedingungen wiederholt, mißlungene so lange, bis sie zur vollständigen Zufriedenheit von Arzt und Patient durchgeführt werden können. Die Übungen werden ständig erweitert, die Bedingungen erschwert. Ein Beispiel zur Veranschaulichung:

Bei Pat. S. war das schrittweise Erweitern der Übungen, das will heißen ein Ordnen der konkreten angstprovozierenden Situation nach ihrem Schwierigkeitsgrad, gut zu beobachten. Der Kranke war unter keinen Umständen bereit, Straßenbahn oder Auto zu fahren. Er blieb die meiste Zeit zu Hause. Der Arzt mußte mit einfachen Übungen beginnen. Zuerst wurde im Hof der Klinik, dann auf der Straße vor der Klinik die Methode trainiert. Darauf fuhr er nur eine Station mit der Straßenbahn, bald schon mehrere und schließlich bis zur Endstation. Mit dem Wagen versuchte er zuerst eine Stadtfahrt, als nächste Übung fuhr er in die nähere Umgebung, ja er konnte schon bald eine längere Urlaubsfahrt ohne Angst unternehmen.

Schließlich wird die stationäre von der ambulanten Behandlung abgelöst, in welcher der Patient die Verantwortung für sein Leben und seine Handlungen wieder vollständig übernehmen muß. Die Entlassung in die ambulante Behandlung und damit die Rückkehr ins Alltagsleben wird erst vorgenommen, wenn der Patient beschwerdefrei ist oder zumindest die "Paradoxe Intention" so beherrscht, daß er

gelegentlich aufkommende neurotische Reaktionen zu meistern vermag. Im Gegensatz zur stationären, die selbst bei schwierigen Fällen nach 1 bis 2 Monaten beendet ist, ist die ambulante Behandlung in ihrer Dauer sehr verschieden. Es konnten Kranke beobachtet werden, die bereits nach 2 Wochen, und andere, die erst nach Monaten auf die Hilfe des Arztes verzichten konnten. Der Patient erscheint zu Beginn der ambulanten Behandlung nicht öfter als dreimal wöchentlich zur Sitzung. Bald wird sein Besuch auf einmal wöchentlich reduziert. Weitere Übungen werden beibehalten, aber jetzt ohne Beistand des Arztes und ohne seine weiteren Instruktionen durchgeführt. Über Gelingen oder Mißlingen berichtet der Patient in der nächsten Behandlungsstunde. Es ist der Sinn dieser Behandlungsphase, eine Kontrolle über die rechte Handhabung der paradoxen Intention zu haben. Es folgen Kontrollen über den Zustand des Patienten in monatlichen und halbjährigen Abständen.

Die in dieser Arbeit angeführten Patienten wurden von Oberarzt Dr. med. Kurt KOCOUREK an der neurologischen Abteilung der Wiener Städt. Allg. Poliklinik, Vorstand Professor DDr. V. E. FRANKL, behandelt. Diese Abteilung besteht aus einer stark besuchten Ambulanz mit angeschlossener Bettenstation. Das Gros der neurotischen Patienten wird ambulant behandelt, schwierige Fälle können stationär aufgenommen werden. Das Klinikpersonal ist über die Behandlungsart informiert. Die Schwestern müssen den Kranken "Ausgangserlaubnisscheine" ausstellen, auf denen Zeit und Ziel des Ausganges vermerkt sind. Damit hat der Arzt eine ständige Kontrolle über die Patienten, die gerade die "Paradoxe Intention" üben.

Noch einige Punkte müssen zum Verständnis der folgenden Kasuistik erwähnt werden: die Durchführung der Methode ist nicht so einfach, wie es manchmal in der Literatur den Anschein hat. Sie muß erlernt werden. Es kommt dabei auf Kleinigkeiten an, die kaum schriftlich dargestellt werden können. Wie der Referent glaubt, ist für die Behandlung auch eine bestimmte Mentalität des Arztes erforderlich, nicht nur Ausdauer und persönlicher Einsatz, sondern auch Unvoreingenommenheit gegenüber der Methode. Eine gründliche Ausbildung des Arztes ist notwendig, um den Behandlungserfolg zu gewährleisten. Hören wir einen Praktiker der "Paradoxen Intention", und zwar GERZ, der einmal schrieb: (6) "Wer die Technik nur oberflächlich kennt und nicht wirklich beherrscht, kann mit ihr nicht erfolgreich sein."

In der folgenden Kasuistik ist die allgemeine Psychotherapie nicht erwähnt. Es wurde versucht, das Spezifische einer Behandlung mit "Paradoxer Intention" wiederzugeben, und dabei der Schwerpunkt auf Formulierungen, das Verhalten des Patienten und die praktischen Übungen gelegt. Scheint dem Leser die Krankengeschichte allzu sehr "gezielt" zu sein, so geschieht das in der Absicht, der besonderen Themenstellung besser gerecht zu werden. Die kasuistischen Belege sollten, auch wenn es sich um fünf Fälle handelt, als ein Ganzes betrachtet werden. Um Wiederholungen zu vermeiden, hat derVerfasser Ausgänge, Formulierungen, Symptome, Reaktionen usw. nur bei einem Patienten erwähnt, auch wenn ähnliches bei mehreren vorgekommen ist. Endlich sei auf die Schwierigkeit verwiesen, die Atmosphäre einer psychotherapeutischen Behandlung schriftlich wiedergeben zu können. Das entscheidende Verhältnis Arzt - Patient, das humorvolle Vorspielen, das Trainieren der paradoxen Intention und die zahlreichen psychotherapeutischen Gespräche sind nur einige Faktoren, die nicht niedergeschrieben werden konnten.

Im folgenden sind fünf Behandlungsverläufe wiedergegeben.
Die ersten vier Patienten - Pat. U., M., P. und H. - sind typische Fälle, wie sie täglich an der Wiener Klinik behandelt werden.
Der fünfte Patient - Pat. T. - ist ein Grenzfall. Die Wiedergabe seiner Krankengeschichte soll einen Einblick geben, was bei dem Schweregrad der Erkrankung noch zu erreichen war, und wie die "Paradoxe Intention" sogar in diesem Falle angewendet werden konnte. Tages- und Monatsangaben sind von Beginn der psychotherapeutischen Behandlung an gerechnet. Der stationären und ambulanten Behandlung wurde eine kurze Charakteristik und die Krankengeschichte des Patienten vorangesetzt. Die Epikrise wurde mindestens 7 (bis 15) Monate nach Behandlungsbeginn erhoben.

B. Kasuistik

Patientin U. :

Alter: 25 a

Beruf: Hausfrau, Mutter von 4 Kindern, außerdem 3 Kinder aus der ersten Ehe ihres Mannes.

Diagnose: Angst- und Zwangsneurose mit konversionsneurotischen Zügen.

1. Kurze Charakteristik der Patientin U. :

Die Patientin wirkt verstört, unruhig, unkonzentriert. Ängstlich um sich blikkend, sitzt sie zusammengekauert auf ihrem Stuhl. Ihr Gesicht ist auffallend blaß, die starren Pupillen erscheinen erweitert. Ein Lächeln ist nicht zu bemerken. Ihre stark schwitzenden Hände fühlen sich einmal heiß, dann wieder kalt an. Die Patientin spricht zeitweise zusammenhanglose Sätze, beginnt plötzlich zu weinen. Sie behauptet, gestellte Fragen nicht zu verstehen. Kommt nach langem Überlegen eine Antwort, hat man den Eindruck, als wäre sie aus weiter Ferne herbeigeholt. Zeitweise ist die Patientin auffallend ruhig, dann erklärt sie: "Jetzt muß ich im Zimmer etwas zählen". - Zu Beginn ist die Patientin im Gespräch zurückhaltend, lockert sich aber dann und erzählt mit peinlicher Genauigkeit ihre Krankengeschichte. Gegen Ende meint sie: "Ich habe noch nie in meinem Leben mit einem Menschen über so vieles gesprochen wie heute mit Ihnen". - Ihre Kontaktfähigkeit sei sehr gering, berichtet sie, seit ihrem zehnten Lebensjahr habe sie keine Freundin mehr. Erst mit ihrem Ehemann, den sie als Neunzehnjährige kennenlernte, könne sie ihre Probleme besprechen. Das Verhältnis zu ihrem Mann sei ausgezeichnet, familiäre Spannungen jedoch reichlich vorhanden. Das Einvernehmen mit ihren Eltern sei ebenfalls gut. Sexuell ist die Patientin "von Cousinen" aufgeklärt worden. Als ihre Hobbies gibt sie Musik und Literatur an, obwohl sie beides z. Zt. "vor lauter Unruhe" nicht ausüben könne. Die Testuntersuchungen des Fachpsychologen ergaben: der Patientin kommt aufgrund des "Hamburg-Wechsler-Intelligenztestes für Erwachsene" ein IQ von 117 zu, dabei auffällig gute Gedächtnisleistungen. Die Patientin ist als intellektuell gut begabt zu bezeichnen. Die Persönlichkeitsuntersuchungen mit Hilfe des "Rorschach-" und "Szondi" - Versuches ergaben: Hinweise auf eine stimmungslabile, zyklothyme Persönlichkeit mit neurotischen (etwas anankastischen) und nosophobischen Zügen. Starke Abwehrmechanismen im Sinne einer Affektverdrängung und Konversion vorhanden. Auch Sexualver-

drängung wahrscheinlich. Etwas narzißtisch, empfindsam und zwanghaft. Die Stimmungslage leicht dysphorisch, keine psychotischen und organischen Zeichen. Mit Hilfe des "Siderischen Pendels" und des "Rorschach" - Versuches wurde keine erhöhte Suggestibilitätsbereitschaft festgestellt.

2. Anamnese der Patientin U. :

Großvater mütterlicherseits: Suizid 1950; er war Alkoholiker. Von den Eltern ist nichts Auffälliges zu berichten. Die Ehe wurde in gutem Einvernehmen geführt. Frau U. bezeichnet ihre Mutter als eine "nervöse Frau", der Vater (Alkoholiker) sei aufbrausend gewesen und habe die Selbstzucht nicht gekannt. Die Eltern hätten eine Neigung zu depressiven Verstimmungen gezeigt.
Die Patientin leidet an einem kongenitalen Vitium (Morbus Roger). Sie wuchs als folgsames Einzelkind auf. Bis zu ihrem 10. Lebensjahr, so glaubt sie, sei sie ein lustiges, aufgewecktes Kind gewesen. Bereits mit Beginn des elften Lebensjahres seien die ersten Zwangsmechanismen aufgetreten: so könne sie sich erinnern, sie habe nie auf Karos gehen können, sondern immer die geraden Linien des Fußbodens betreten müssen, da sonst die Großmutter gestorben wäre, wie sie meinte. In der Schule sei sie sehr ehrgeizig gewesen; es habe ihr sichtlich Freude gemacht, gelobt zu werden. Vor jeder Schularbeit habe sie zum "Schutzengel" beten müssen, da sonst die Arbeit "schief gegangen" wäre. Statt einen i-Punkt zu setzen, habe sie immer einen Strich schreiben müssen.
Als sie damals viel von Krebs sprechen hörte, fürchtete sie, sie selbst könne daran erkrankt sein. So bildete sie sich ein, ihr "Leiden" könnte bei einer Röntgenuntersuchung entdeckt werden. Vor jedem Ambulanzwagen ängstigte sie sich, in der Meinung, dieser werde sie, die "Todkranke", abholen. Seit dieser Zeit habe sie öfter in der Halsgegend einen "Knödel" verspürt; und dies sei zu einem quälenden Dauerzustand geworden. Um den "Knödel" loszuwerden, beginne sie, krampfhaft zu atmen, sich zu drehen, sich zu bücken, "aber", so sagt sie, "ich atme umso schlechter, je mehr ich gegen den "Knödel" unternehme. ... Das befreiende Gefühl, tief geatmet zu haben, habe ich nie gekannt." An eine weitere Begebenheit aus ihrem elften Lebensjahr kann sie sich erinnern: der Lehrer habe von der Rotation der Planeten gesprochen. Als er erklärte, falls ein Planet aus seiner Umlaufbahn herausgeschleudert würde, würde er auf die Erde fallen, sei ihr übel geworden. ("Mir war, als würde der Boden unter meinen Füßen versinken, als würde ich frei im Raume schweben"). Man habe sie aus der Klasse tragen müssen. Seither habe sie das Gefühl, als würde ihr der Boden unter den Füßen absacken, als sei manchmal alles von ihr entrückt und unwirklich geworden. Sie habe mit nieman-

dem über diese Erlebnisse gesprochen. Obwohl sie sich immer die Führung eines älteren Menschen gewünscht habe, sei es nie soweit gekommen.
1958 lernte sie ihren um 16 Jahre älteren Mann kennen, den sie vier Jahre später heiratete. Er sei der einzige Mensch gewesen, dem sie nicht fremd gegenüber stand, und den sie bis heute liebe. Sie wollte endlich einen Menschen haben, zu dem sie gehörte. Auch habe sie die drei Kinder (17, 15 und 11 Jahre), die der Mann in die Ehe mitbrachte, gerne aufgenommen. Ihre eigenen 4 Kinder werden bei ihrer Mutter erzogen, die aus der ersten Ehe ihres Mannes in ihrem eigenen Hause.
Vor Jahren erinnerte sie sich an eine Frau, die an Juckreiz und Zuckungen litt. Vom selben Moment an glaubte sie, es jucke sie überall, sogar im "Gehirn". Dazu bemerkte die Patientin: "Gegen den Juckreiz und das Bedürfnis, kratzen zu müssen, wollte ich angehen, indem ich z. B. Schuhe putzte, um mich abzulenken, ... aber das mißlang". Sie war unfähig, einem herbeigerufenen Arzt ihre tatsächliche Lage zu erklären, weil sie Angst hatte, er würde sie für verrückt erklären. ("Ich reagierte anders als die anderen. Bei allem, was mir zustieß, dachte ich, ich sei schon verrückt, hätte eine Gehirnerweichung oder Schizophrenie"). Die Furcht vor einer möglichen Schizophrenie habe sie, seit sie in einem Hörspiel die Schilderung des Lebens eines schizophrenen Mannes hörte und dabei Parallelen zum eigenen Leben entdeckte. - Sämtliche Bewegungen müsse sie bevorzugt mit der rechten Körperhälfte ausführen, weil "rechts der Himmel und links die Hölle sei", so argumentiert sie.
In der letzten Zeit sei sie gezwungen, Speisereste auf dem Teller liegen zu lassen. - Fährt sie mit einem Auto, so hat sie das Bedürfnis, sich jede Wagennummer merken zu müssen. Sie glaubt, es geschieht ein Unfall, falls sie sich die Nummer nicht merken kann. Geht sie an fahrenden Autos vorbei, so befürchtet sie, sie könnte sich unter diese werfen. - Die Abrißstellen des Toilettenpapiers müsse sie immer entfernen, weil sonst jemand sterben könnte. - Sämtliche Gegenstände, denen sie begegnet, müsse sie immer wieder zählen. Auch vermeide sie die Zahlen 3, 9 und 12. - Sie befürchte, sie könne sich von Treppenhäusern oder hoch gelegenen Fenstern stürzen. Außerdem habe sie Angst vor dem "Finsteren", vor dem "Eingesperrtsein" (sie verriegelt die Toilettentüre nie) und vor dem "Alleinesein", "da ich Angst habe, ich könnte etwas tun, was man nicht tun darf, z. B. mich umbringen". - Seit einem Migräneanfall hat sie Angst, erblinden zu müssen. Fällt ihr nur eine Wimper ins Auge, so bekommt sie Angstzustände. Nach einem Weinanfall meint sie: "Es ist alles furchtbar quälend für mich, wenn ich nur frei wäre! Ich komme mir vor, als müßte ich einen Panzer abstreifen und könnte erst dann wieder frei sein und von vorne be-

ginnen." ..... und weiter: "Ich habe jetzt das Gefühl, nicht mehr zu Ihnen sprechen zu können. Es ist, wie wenn ich auf einem hohen Berg stehen würde, keinen Boden mehr unter den Füßen hätte und mich hinunterstürzen müßte..... Mir ist, als wäre ich weit weg von Ihnen, ich kann Sie nicht mehr verstehen... Sagen Sie, ist das noch normal, was ich da sage? Ist das nicht schon verrückt?... und nach einer Weile: "Ich habe Angst, ich könnte aus irgendeinem Trieb heraus mir und den Kindern etwas antun oder Gedächtnislücken bekommen und 'überschnappen'". - Die Patientin glaubte, lesbisch zu sein, weil sie vor Jahren diesbezügliche Erlebnisse hatte.

Nach folgender Begebenheit hat sich die Kranke erneut in ärztliche Behandlung begeben: tags zuvor habe sie geglaubt, ihr Herz würde plötzlich stillstehen. Sie habe "schreckliche Angst" bekommen, sei bleich geworden und vermeinte, ihren Herzfehler zu hören. Dann sei ihr übel und der "Knödel" im Hals immer "dicker" geworden. Sie glaubte schon, sterben zu müssen.

Wegen ihrer Atemnot, Beklemmungsgefühlen, zahlreicher Angst- und Zwangsgedanken, Schweißausbrüchen, Paraesthesien an Händen wurde die Patientin auf die Herzstation der Klinik verlegt. Da die cardiale Therapie keine Erfolge zeitigte und die von der Patientin angegebenen Beschwerden nicht ausschließlich cardiologisch erklärt werden konnten, wurde sie auf die neurologische Station transferiert. Dort wurde die Diagnose gestellt: Angst- und Zwangsneurose mit konversionsneurotischen Zügen.

3. Die stationäre Behandlung der Patientin U. :

Die sechstätige organische Durchuntersuchung der Patientin verlief unauffällig. Eine ständige cardiologische Kontrolle und eine kurzzeitige medikamentöse Behandlung ihrer zahlreichen organischen Beschwerden wurde aufrechterhalten. Sämtliche Medikamente - außer Sedativa - wurden baldigst abgesetzt.

Die psychotherapeutische Behandlung: in der ersten Behandlungsstunde legt der Arzt namentlich Wert auf das richtige Sichverhalten der Patientin in der konkreten Situation. Er sagt ihr u. a., sie solle in keiner Weise mehr gegen ihre Gedanken ankämpfen, sondern sie humorvoll zu ironisieren und karikieren versuchen. Zum Exempel solle sie folgendermaßen intendieren: "Gut, jetzt soll ich einfach geisteskrank werden, meinetwegen soll ich an meiner Geisteskrankheit sterben". Damit sie die Methode praktisch durchführen kann, wird ihr geraten, tags darauf spazieren zu gehen, mit der Straßenbahn zu fahren usw. Dabei solle sie sich stets vornehmen: "Gut, jetzt gehe ich auf die Straße, um verrückt zu werden" oder: "Prima, jetzt ist gerade eine günstige Gelegenheit, jetzt werde ich mich wieder einmal unter ein Auto werfen, hab's ja schon so lange nicht mehr getan". Oder

- um ein weiteres Beispiel anzuführen -: der Patientin wird empfohlen, allein Treppen zu steigen; oben angekommen, solle sie sich sagen: "Herrlich, gestern bin ich fünfmal hinuntergesprungen, heute werde ich zehnmal hinunterspringen; mal sehen, was dann mit mir geschehen wird." Auf ähnliche Weise bespricht der Arzt die verschiedensten Situationen, die ihr früher unüberbrückbare Schwierigkeiten bereitet haben. Er übt mit ihr die richtige Bildung der Formulierungen und spielt ihr vor, wie sie sich innerlich dabei zu verhalten habe. - Nach der ersten Sitzung bemerkte die Patientin: "Mir klingt die ganze Sache sehr unglaubwürdig und fremd. Es ist alles so einfach bei Ihnen. Ich habe das Gefühl, es mir gar nicht anhören zu müssen. Ich weiß nicht, ob ich das alles ausführen kann, was Sie mir geraten haben, aber probieren will ich es".

Tags darauf beginnt die Patientin mit den Übungen. Als erstes steigt sie die Stufen im Flur des Krankenhauses hinauf und intendiert genau, wie sie es am Vortage gelernt hatte. Nach mehrmaligem "Auf und Ab" (die Patientin kann bei ihrer Übung von der Ambulanz aus beobachtet werden) gelingt es ihr, ohne sichtliche Angstgefühle und Zwangsgedanken die höchste Stelle des Treppenhauses zu erreichen. Sofort nach dem erstmaligen Versuch kommt sie zur Besprechung zum Arzt. Dort meint sie, der Effekt sei für sie völlig überraschend. - Sie habe anfangs nur mit Widerwillen die Formeln gesprochen und dabei noch starke Angst verspürt in der Meinung, ihre Angst könnte sich durch dieses Tun vergrößern. Erst, als sie mehrmals die Übung wiederholt hatte, habe sie bemerkt, wie sie mit diesen Formulierungen und ihrem Verhalten ihre Befürchtungen zu meistern vermochte. Sogar zum Geländer sei sie gegangen. Sie sei fähig gewesen, sich anzulehnen und hinunterzuschauen, ohne dabei Furcht zu empfinden. Mit eigenen Worten schildert sie ihr Erlebnis: "Als ich oben stand und mir sagte: 'So, jetzt spring ich halt mal hinunter, nicht nur einmal, sondern fünfzigmal, jetzt will ich doch einmal sehen, was mir passieren wird,' konnte ich mir nicht vorstellen, daß mit so einem "Blödsinn", dieser Formulierung nämlich, meine Angst verschwunden sein sollte. Ich stand aber tatsächlich am Rande des Geländers, sah in die Tiefe und konnte es kaum glauben, daß ich nach Jahren wieder ohne Furchtgedanken von einem Stiegengeländer hinunterschauen konnte."

Am dritten Tag berichtet sie von ihrem Ausgang am Vortage:
"Im großen und ganzen war die Angst minimal." Im Autobus habe sie sich beengt gefühlt. Sie habe das Gefühl gehabt, als würde ihr übel werden. "Prima, gleich soll mir noch schlechter werden", sei die Formel gewesen, welche sie sich selbst gebildet habe. Auf dem Nachhauseweg sei ihr wieder der Gedanke

gekommen, sie könne sich unter ein Auto werfen (..."dann habe ich mich selbst ' auf den Arm genommen' und mir gesagt: ' gestern wollte ich mich zehnmal unter ein Auto werfen, so werde ich es heute zwanzigmal tun. Das Blut soll nur so spritzen..." ... Als ich dann weiterging, mußte ich über mich selbst lachen"). Da sie es nicht fertigbringt, vollständig aufzuessen, und weil sie ihre Speisen immer noch in einem bestimmten Zeremoniell ißt, wird auch diese "üble Gewohnheit" mit "Paradoxer Intention" angegangen. Eine ihrer Formulierungen lautete: "Jetzt werde ich einmal so essen, wie es alle anderen Menschen auch tun. Ich will doch einmal sehen, ob mir dann etwas passiert." - Nach einigen Tagen berichtet sie: "Stellen Sie sich vor, Herr Doktor, ich habe vollständig aufgegessen, aber ich hatte ein "schreckliches Gefühl" dabei." Der Arzt antwortet ihr, sie hätte, als das "schreckliche Gefühl" sich einstellte, sofort eine ironische und gleichgültige Haltung gegenüber ihren emotionalen Stimmungen einnehmen sollen; etwa mit der Formulierung: "Gott sei Dank, das komische Gefühl ist wieder da, es soll nur dableiben!"

Der Arzt legt größten Wert darauf, daß die Patientin sämtliche Übungen, die ihr bisher gelungen sind, mehrmals wiederholt. Sie gewinnt dadurch zunehmende Sicherheit und Vertrauen zur Behandlung. In der zweiten Woche bereitet ihr der tägliche Spaziergang auf der Straße nicht mehr die üblichen Angstzustände. Sie meint: "Für mich ist es jetzt angenehm zu sehen, wie "schrecklich normal" ich eigentlich noch bin. Das gibt mir einen mächtigen Aufschwung. Ich kann nicht mehr verstehen, wieso ich mich früher auf der Straße so geängstigt habe." - Die Patientin muß in den darauffolgenden Tagen Kaufhäuser, Lichtspieltheater, Kaffeehäuser usw. aufsuchen und die "Paradoxe Intention" in den verschiedensten Variationen üben. Der Arzt legt ihr zu diesem Zweck einen regelrechten Ausgangs- und Übungsplan zurecht. Auf diese Weise kann sie erfahren, welche Schwierigkeiten ihr diese "établissements" noch bereiten. Äußert Frau U. schon vor einem Ausgang Bedenken oder spricht sie von Angstgefühlen, dann bildet sie mit Hilfe des Arztes schon vorher die Formulierung: "Gut, heute werde ich einmal mit Beklommenheitsgefühlen und Angst ins Kino gehen..." - Beschwerden, die erst während ihrer zahlreichen Ausgänge auftreten, schildert sie am nächsten Tag. Diesen wird dann bei ähnlichen Ausgängen mit der geeigneten Formulierung und der rechten persönlichen Haltung mit "Paradoxer Intention" begegnet.

In der Zwischenzeit sprach der Arzt öfter mit dem Ehemann der Patientin, wobei sie zeitweise selbst zugegen war. Es wurden alle Probleme, die nicht mit Hilfe der "Paradoxen Intention" behandelt werden, besprochen und zu lösen versucht: Ehefragen, familiäre Konflikte, sexuelle Probleme usw. . Gespräche dieser Art werden des öfteren in "Paradoxe Intentions"- Behandlungen eingeschaltet. Am

fünfzehnten Behandlungstag antwortet sie auf die Frage, wie es mit ihrer Angst stünde: Angstgedanken habe sie, bis auf geringe Reste, keine mehr. Auch könne sie wieder überall hingehen, ohne Furcht zu empfinden. Der "Knödel" sei nur noch hier und da bemerkbar, das störe sie aber nicht mehr. Atmen könne sie gut. Sie finde, ihr Herz sei wieder vollkommen in Ordnung, sie würde darauf gar nicht mehr achten. Essen würde sie schon seit Tagen wie eine "Normale". Die Methode übe sie schon aus eigener Initiative. Heute sei sie mehrmals allein im Aufzug gefahren, damit sie sich ihre Angst vor Lifts auch noch abgewöhnen könne. Vor einigen Tagen sei sie zum ersten Mal im Leben allein im Kino gewesen. Im Kinosaal sei es ihr anfangs nicht gut ergangen; sie sei beklommen gewesen, und der "Knödel" sei im Halse gesteckt. Sie habe aber intendiert: "Soll er nur stecken bleiben, ersticken soll ich an ihm..., und es erging mir dann ganz gut im Kino."

Ein weiteres Beispiel der Formelbildung und praktischen Übung: da die Patientin äußerte, sie habe umso mehr Angst, je mehr sie sich von menschlicher Behausung und somit von ärztlicher Hilfe entferne, mußte sie eine abgelegene Gegend in einer Wiener Vorstadt aufsuchen. Schon bei Antritt ihres Ausganges begann sie mit der Formulierung: "Prima, nun werde ich nach NN... fahren, und dort erst soll mein Herz aussetzen. Wenn mir etwas geschieht, hat der Arzt die Scherereien; er hat ja die Garantie für mich übernommen. Das wird ein Heidenspaß werden". Oder: "So, jetzt soll mir alles passieren, was mir nur passieren kann in einer Gegend, in der es nun mal keinen Arzt gibt."

Die Patientin fuhr über das Wochenende nach Hause zu Mann und Kindern, um zu erproben, wie es ihr dort ergehen werde. Vorher erhielt sie eine genaue Instruktion, wie sie sich dort zu verhalten habe. Am fünfundzwanzigsten Behandlungstag berichtet sie: es sei ihr zu Hause gut ergangen, sie habe ein normales Leben führen können. Während der Autofahrt habe sie für ca. 5 Minuten starke Angstgefühle bekommen, als ihr der Schal am Halse bewußt wurde und sie geglaubt habe, sie könnte sich erhängen. Sie habe aber sofort die Formel angewendet: "Gestern habe ich mich fünfmal mit meinem Schal erwürgt, heute werde ich mich zehnmal erwürgen". Das zwanghafte Zählen der Autonummern sei noch nicht verschwunden, sie werde es üben, wenn sie wieder selbst chauffiere. Sonst aber fühle sie sich wohl, sie könne es nicht fassen, daß ihre Angst weiterhin ausbleiben würde. "Ich habe keine Furcht mehr, geisteskrank zu werden", versichert sie.

Mitteilenswert erscheint dem Referenten die Bemerkung der Patientin, als sie - auf eine Aussprache wartend - die Diskussion einiger Ärzte über die Streitfrage mit anhörte, ob "Paradoxe Intention" Suggestion sei oder nicht; sie meinte:

"Darf ich vielleicht als Patientin etwas einwenden? Fur mich ist das gleichgültig, ob die Behandlungsmethode "so oder so" wirkt. Was mir am meisten half, war der Umstand, daß ich nun wieder alles ausführen kann, was ich früher nicht konnte. Dabei bemerkte ich, daß ich ja gar nicht geisteskrank werde, geschweige denn es bin. Die täglichen Übungen geben mir Aufschwung und Vertrauen. Nun kann ich wieder mit mir selbst umgehen." Die Patientin gab auf Befragen zu, sie habe sich der Methode gegenuber zuerst sehr ablehnend verhalten. Sie habe befürchtet, es wurde ihr durch das Sprechen der Formeln noch schlechter ergehen. Erst, nachdem sich der erste Erfolg einstellte, sei sie der Methode aufgeschlossener gegenübergestanden. Aus der Vielzahl der Übungen sei abschließend folgende ausgewählt und gekürzt wiedergegeben: Eine routinemäßige Augenuntersuchung wird genützt, mit "Paradoxer Intention" gegen ihre Angst, erblinden zu müssen, anzugehen. Die Patientin gab einmal an, sie sei immer "hysterisch" geworden, wenn sie plötzlich verschwommen sah, nachdem man ihr in die Augen eingetropft hatte. Die Übung wurde folgendermaßen durchgeführt: Der Patientin wird eine harmlose Flüssigkeit in die Augen getropft und "zur Verstärkung" eine Binde über die Augen gegeben. - Sofort ist die Patientin stark erregt, ängstlich und behauptet: "Hilfe, mir wird schwindlig... Meine Augen schmerzen... Um Gottes Willen, mein rechtes Auge wird schlechter; ich werde nicht mehr sehen können." Jetzt wird die Patientin veranlaßt, mit dem Arzte die Formulierungen laut vorzusprechen. Etwa: "So, nun soll ich erst richtig blind werden, überhaupt nichts mehr soll ich sehen können, ... was macht es schon, wenn ich auch noch blind bin." - Nach einigen Minuten beruhigt sie sich zusehends, lächelt sogar und verhält sich bald wieder völlig angepaßt. Diese Übung wird an den folgenden Tagen mehrmals wiederholt. Ihre Angst verminderte sich zusehends. Am vorletzten Tag des Krankenhausaufenthaltes bemerkte sie: "Ich kann nicht mehr verstehen, warum ich so große Angst hatte, ich könnte blind werden."

Letzter Tag der stationären Behandlung: Vor der Entlassung spricht der Arzt mit der Patientin nochmals ihre diversen Angst- und Zwangsgedanken durch. Außerdem gibt er ihr Beispiele, wie sie sich neu auftretenden Gedanken gegenüber zu verhalten habe. Auffällig ist die gelockerte Stimmung der Patientin. War sie zu Behandlungsbeginn verkrampft, ängstlich, verwirrt, von Weinkrämpfen geschüttelt, so ist sie jetzt gelockert, ausgeglichen, heiter, sie lacht viel und karikiert sich selbst. Sie hat keine Angst mehr vor dem Leben; sie freut sich auf ihre Aufgabe in der Familie.

Angst- und Zwangsgedanken sind im großen und ganzen seit Tagen nicht mehr aufgetreten; Schweißausbrüche, Beklemmungsgefühle, Herzklopfen, ihre Befürchtung, sie könnte erkrankt sein oder sie müsse sterben, alle diese Symptome wur-

den in der letzten Woche nicht mehr festgestellt. Lediglich der "Knödel" sei an manchen Tagen noch zu bemerken, und das "Nummernzählen" wolle sie ja zu Hause üben.... "Ich weiß ja nun, wie ich mit meinen dummen Gedanken umgehen muß" schmunzelt sie.
34 Tage nach Behandlungsbeginn wird Patientin U. in die ambulante Behandlung entlassen.

4. Die ambulante Behandlung der Patientin U. :
Von diesem Behandlungsabschnitt ist nichts Bemerkenswertes zu berichten. Da Frau U. an einem entfernten Ort wohnt, erschien sie nur dreimal - innerhalb 6 Monaten - zur Behandlung. Nach ihren Angaben seien während dieser Zeit im wesentlichen keine Angstgedanken aufgetreten. Zu "geringen Zwangshandlungen" sei es manchmal gekommen. Ihrer Meinung nach seien diese aber belanglos gewesen. Außerdem übe sie immer - wenn es notwendig sei - die "Paradoxe Intention", so wie sie es gelernt habe. ("Das ist mir eine große Hilfe".)

5. Epikrise (7 Monate nach Behandlungsbeginn) :
Die Patientin schilderte während einer längeren Aussprache ihren Zustand wie folgt: Ihre Angstgedanken (die Angst, erblinden zu müssen, verrückt zu werden oder an einem Herzinfarkt sterben zu können) und ihre Angstgefühle (z. B. auf der Straße, weil sie glaubte, sich unter ein Auto werfen zu müssen; oder in Treppenhäusern, weil sie der Meinung war, sich hinunterstürzen zu können) seien völlig verschwunden. Sie könne spazierengehen, Kaffehäuser und Kinos aufsuchen, ohne dabei irgendwelche Angstgedanken zu haben; überhaupt könne sie wieder alles ohne Schwierigkeiten unternehmen. Zwangshandlungen seien selten vorgekommen. Dies sei aber nur kurze Zeit und für sie unbedeutend gewesen. Beispielsweise würde sie manchmal noch bestimmte Gegenstände zählen oder beim Autofahren genau auf Wagennummern achtgeben. ("Immer, wenn etwas Unangenehmes auf mich zukommt, beginne ich sofort mit der "Paradoxen Intention"; die Gedanken verlieren sich dann schnell", sagte sie). Oder : "Ich denke oft tagelang nicht an meine Krankheit". Die Patientin war seit Entlassung nicht mehr in Behandlung wegen ihrer "Herzbeschwerden". Ihre Angst vor einem möglichen Herzinfarkt habe sie verloren. Der "Knödel im Hals" würde zeitweise - besonders bei Erregung - noch auftreten.
Die Patientin ist heiter und gelockert, sie erzählt viele Begebenheiten aus ihrem Leben zuhause. Ihre depressive und gedrückte Stimmung und die zahlreichen Weinkrämpfe, die sie noch während der Behandlung in der Klinik hatte, waren nicht mehr zu bemerken. "Ich fühle mich wohl und bin froh, daß ich über den

Berg bin", meinte sie abschließend.
Ein Symptomwandel oder neu aufgetretene Symptome konnten bei Patientin U. nicht beobachtet werden.

Patientin M. :

Alter:	27 a
Beruf:	Hausfrau, Mutter von zwei Kindern.
Diagnose:	Angst- und Zwangsneurose.

1. Kurze Charakteristik der Patientin M. :

Die kleine Patientin wirkt im ersten Augenblick ruhig, ihr Auftreten sicher. Die Kleidung ist sauber und gepflegt. Während der Aufnahme der Anamnese ist Frau M. verhältnismäßig gefaßt, nur gelegentlich glaubt man, eine innere Unruhe zu verspüren. Stellt man ihr eine Frage, so kommt nach kurzer Überlegung eine klare Antwort. Jedoch spricht sie so viel und schnell, daß man Mühe hat, alles mitzuschreiben. Früher sei sie überhaupt gesprächig und kontaktfreudig gewesen, erzählt sie. Erst seit Beginn ihrer Krankheit, vor ca. 3 Jahren, führe sie ein zurückgezogenes Leben. Vorher sei sie ein "lustiger Mensch" gewesen, jetzt nur dann, wenn sie nicht in ihrer Wohnung sei. Als ihr Hobby gibt sie Handarbeiten an. - Vor der Einweisung in die Klinik war sie niemals ernstlich krank.
Die Untersuchungen des Fachpsychologen ergaben:
Intellektuell guter Durchschnitt. IQ : 104, festgestellt mit Hilfe des "Hamburg-Wechsler-Intelligenztestes für Erwachsene". Im projektiven Persönlichkeitstest (Rorschach-Versuch) Hinweise auf eine stimmungslabile, zyklothyme Persönlichkeit mit neurotischen (anankastischen) Zügen. Konflikte mit der Umgebung angedeutet. Die Stimmungslage (Szondi-Versuch) etwas depressiv bzw. dysphorisch. Der Versuch mit dem "Siderischen Pendel" und der "Rorschach-Versuch" ergaben eine eher geringe Suggestibilitätsbereitschaft.

2. Anamnese der Patientin M. :

Der Großvater, ein Alkoholiker, habe mit einer Überdosis Schlaftabletten Suicid begangen. Von ihrer Großmutter und den Eltern kann die Patientin nichts Bemer-

kenswertes berichten. Keine besonderen Familienkrankheiten. - Die Patientin wuchs als streng behütetes, lebhaftes Einzelkind auf. Vom Vater wurde sie streng, doch liebevoll erzogen. Sie fühlte sich jedoch stärker zur Mutter hingezogen, mit der sie noch heute alle "Herzensangelegenheiten" besprechen kann. Sie könne sich erinnern, sie sei schon als Kind pedantisch gewesen. So habe sie ihre Aufgaben oft zweimal geschrieben, damit sie sauber gefertigt seien. Ihre Bleistifte hätten immer in einer Reihe liegen müssen. Fehlte ein Knopf an ihrer Kleidung - und war es auch an einer nicht sichtbaren Stelle - so habe sie stets an diesen fehlenden Knopf denken müssen. Im Jugendalter hatte sie engen Kontakt mit Gleichaltrigen, vom 12. Lebensjahr an stets eine Freundin. Sie meint: "Ich war nie alleine, habe über viele Probleme mit anderen Menschen gesprochen, ... aber ich war sehr ernst für mein Alter."
Die Patientin besuchte die Volks-, Haupt- und Hauswirtschaftsschule.
1955 lernte sie ihren Mann kennen, den sie zwei Jahre später heiratete. Von ihm hat sie zwei Kinder (8 und 5 Jahre). Sie habe ihren Mann sehr gern. Die Ehe, so glaubt die Patientin, sei "in jeder Hinsicht vollkommen". Ihr Mann käme mit größtem Verständnis und Einfühlungsvermögen ihrer jetzigen Erkrankung entgegen. - 1958 habe sie bei einer Gehaltsauszahlung ihre Unterschrift nicht mehr leisten können. Daraufhin sei sie längere Zeit unfähig gewesen zu unterschreiben; oder sie habe nur mehr mit Angst und Zittern unterschreiben können.
Ihren jetzigen Zustand, auf Grund dessen sie sich in Behandlung begab, schildert sie: "Kurz gesagt, ich habe Angst vor dem Schmutz". Vor drei Jahren waren schon ähnliche Befürchtungen aufgetreten. Damals habe sie geglaubt, sie könne mit ihren Schuhen den Boden beflecken. Sie habe unzählige Male am Tag ihre Schuhe nach möglichem Schmutz absuchen müssen. Die gesäuberten Schuhe der Kinder habe sie noch an den Sohlen abgekratzt, damit sie nicht den Boden beschmutzen konnten. "Bei jedem Schritt, den ich tat, war die Angst da, ich könnte etwas beschmutzen," teilte sie mit. - Wusch sie sich die Hände, so glaubte sie, sie könnte einige Tropfen verspritzen und diese im Zimmer breittreten und dadurch Schmutzflecken verursachen. - Heute noch habe sie "höllische Angst" vor dem Brotschneiden und Brotessen. Jedes Brot, das sie esse, würge sie, denn sie glaube, sie verstreue Krümel auf dem Boden. Im Jahre 1963 sei ihre Angst, sie könnte mit ihren Schuhen den Boden beschmutzen, plötzlich ausgeblieben. - Doch von nun an habe sie sich ununterbrochen die Hände waschen müssen. Sie war der Meinung, s i e sei schmutzig. Dieser Drang sei völlig unerträglich geworden. Wollte sie ihre Tochter ankleiden, so habe sie sich vorher waschen müssen, weil sie annahm, sie würde ihre kleine Tochter be-

schmutzen. War Frau M. sauber gekleidet, so vermeinte sie, von ihren Möbeln beschmutzt zu werden; - sie habe das Gefühl nicht loswerden können, sie sei in der "Bauchgegend" schmutzig und müsse diese Körperstelle stets betrachten und waschen. "Ich hatte andauernd das Gefühl, ich bin schmutzig und mache alles schmutzig," erklärt sie, "mein Zustand brachte mich mit meiner Hausarbeit ins Hintertreffen. Reibereien mit meiner Familie waren an der Tagesordnung. Ich tat den ganzen Tag nichts anderes als aufräumen und immer wieder aufräumen". Die Patientin erzählt, sie habe ein starkes Reinlichkeitsbedürfnis. Sie wasche sich mehrmals täglich den ganzen Körper ab und habe dann immer noch das Gefühl, nicht sauber zu sein. Ihren Zustand schildert sie mit eigenen Worten : "Ich habe in der letzten Zeit gelebt, wie wenn ich auf Wolken wäre, wie wenn ich schweben oder in einem Trancezustand dämmern würde.... Ich hatte solche Angst vor dem Weiterleben, weil ich dachte, es geht nicht mehr. Mein Zustand war ausweglos; ich war deprimiert. Wollte ich abends einschlafen, so hatte ich schon Angst vor dem nächsten Tag, weil ich wußte, dieselbe Qual würde wieder von neuem beginnen... Ich habe mich gezwungen, unter die Leute zu gehen, damit ich mir meine Angst abgewöhnen konnte, aber ich brachte es nicht fertig. Lange Zeit habe ich geglaubt, ich würde verrückt werden, meine Gehirnfunktionen würden nachlassen, eine solche Angst hatte ich vor dem Schmutz. Ich habe Angst, mein jetziger Zustand könnte sich noch verschlimmern... Ich bin noch jung, ich möchte leben!"
Die Patientin gibt an, sie leide an starken Kopfschmerzen, sei gereizt und verkrampft. Außerdem klagt sie über Depressionen, Minderwertigkeitsgefühle und Konzentrationsschwäche. Ihr Gatte mußte oftmals von der Arbeitsstelle nach Hause geholt werden, weil die Patientin ihren Zustand nicht mehr allein ertragen konnte. Sie wurde drei Jahre lang von einer Fachärztin medikamentös (nach ihren Angaben) erfolglos behandelt. Die Diagnose "Angst- und Zwangsneurose" war ihr bekannt. Zur stationären Behandlung wurde sie in die Klinik aufgenommen.

3. Die stationäre Behandlung der Patientin M. :

Die organische Durchuntersuchung brachte negative Ergebnisse. Eine unregelmässige Mensis und migränoide Kopfschmerzen werden fachärztlich behandelt. --- Erster Tag der psychotherapeutischen Behandlung : Ähnlich wie bei vorhergehendem Fall genaueste Instruktion bezüglich des rechten Sichverhaltens gegenüber den Gedanken. Kurz referiert wurde ihr etwa folgendes gesagt: Sie solle sich nicht etwa bloß mit dem Schmutz abfinden, sondern mehr als dies : einmal versuchen, absichtlich noch schmutziger zu werden, was natürlich anfangs für sie unange-

nehm sein würde. - Es wäre unrichtig, würde die Patientin die Formulierung bilden: "Die Angst vor dem Schmutz macht mir ja gar nichts." Sie würde ja spüren, daß diese Angst vor dem Schmutz sie quält. Sie solle sich vielmehr folgendermaßen dem "Schmutz" gegenüber einstellen: "Gut, die Angst vor dem Schmutz habe ich zwar, das ist richtig, aber der Schmutz kann mir eigentlich nichts anhaben. Er kann mich nicht anstecken, er kann mich nicht verletzen... So kann ich ruhig tausendmal schmutziger werden. Gerade eine Lust ist es, wenn ich den ganzen Tag "dreckig" in meiner Wohnung herumlaufe." - In ähnlicher Weise müßte die Patientin nun ihre neue Einstellung gegenüber ihren Gedanken erreichen. Da sie gut auf die Behandlungsart ansprach und gewillt schien, die Ausgänge wunschgemäß durchzuführen, begann sie schon am zweiten Tag mit den Übungen. Am dritten Tag berichtet sie von ihrem ersten Ausgang in die Wohnung ihrer Eltern: Als sie die Straße betrat, habe sie starke Kopfschmerzen bekommen, dazu das Gefühl, alles im "Hirn" verkrampfe sich. Ihre Augen schmerzten, sie sei kopflos und benommen gewesen. Ihrer Meinung nach hätten die Passanten schon bei ihrem Anblick ihre Erkrankung erkannt. Sie könne sich vermutlich niemals mehr von ihrem Zustand lösen. - Die körperliche Verkrampfung sei erst nach Stunden gewichen ("Herrlich, noch stärker soll ich mich verkrampfen", lautete ihre Formulierung). Die Angst vor dem Schmutz sei an diesem Tage nicht so hervorgetreten. Das mag teilweise daran gelegen sein, weil sie ihr Angstgefühl vorwiegend in der eigenen Wohnung verspüre. Trotzdem habe sie absichtlich, um sich zu beschmutzen, der Mutter Geschirr spülen geholfen, damit sie bei dieser Gelegenheit die Formulierungen der "Paradoxen Intention" anwenden konnte. - In der Hauptsache sei dieser erste Ausgang aber - bis auf die "körperlichen Verkrampfungen", wie sie es bezeichnete - ohne größere Komplikationen verlaufen.

Am fünften Tage äußerte Frau M.: "Ich kann nicht daran glauben, daß ich gesund werde." Der Arzt antwortete ihr: Sie solle ruhig einmal nicht an den Erfolg der Methode glauben. Es wäre aber empfehlenswert, die Übungen auszuführen, die ihr der Arzt als Therapie vorschlägt. - Folgende Bemerkung weist auf ihren Beobachtungszwang hin. Sie schilderte nämlich: "... Wissen Sie, wie es mir oft ergeht. Ich sitze auf meinem Stuhl und denke in mich hinein: Wie ist das, so überlege ich, früher war ich krank und hatte meine Angstgedanken, ... sind sie jetzt auch noch da? - Ja, da sind sie ja schon wieder!... Also bin ich noch nicht gesund, weil ich immer noch Gedanken habe." - Der Arzt erklärt ihr, sie solle sich nicht so viel um ihre Gedanken kümmern, nicht auf ihr Vorhandensein lauschen, sondern bei Aufkommen der Gedanken sofort mit der Methode beginnen.

Während der nächsten Behandlungsstunden wird wieder deutlich, wie sehr sich die Kranke noch mit ihren "Gedanken" beschäftigt, wie sie vor allem gegen diese ankämpft. Sie sagt nämlich u. a. : "Ach, wenn mich die Gedanken nur loslassen würden!" - Unermüdlich spielt ihr Dr. K. vor, wie sie sich nun wieder zu diesem Gedanken verhalten müsse. "Gut", soll ihre Intention lauten, "der Gedanke quält mich momentan, das ist richtig. Aber das ist ja nur ein Gedanke, der niemals mein Leben bestimmen kann... Soll er für einige Zeit ruhig bleiben, soll er mich ruhig quälen, ich freue mich schon darauf.... Wovor ich mich so fürchte, das ist ja eben nur ein G e d a n k e. Auf der einen Seite bin ich und mein Leben, auf der anderen Seite ist meine Neurose mit ihren Gedanken, die mir ja gar nichts anhaben können (Distanzierung). Ein Gedanke, der an und für sich harmlos ist, wird bei mir zu einer Tatsache, zu einer Feststellung,.. ich lasse mich von dem doch nicht unterkriegen!"
Der ständige Zwang, zu grübeln, ist bei Frau M. immer wieder zu bemerken. Darum bemüht sich Dr. K. stets, ihren Beobachtungszwang zu beeinflussen: sie solle nicht so viel bedenken und überlegen, sie müsse lediglich Mut und Intelligenz zur Behandlung mitbringen. Alle weiteren Sorgen solle sie in die Hände des Arztes legen. -- Auch dürfe sie nicht glauben, ihre Gedanken von heute auf morgen wegschieben zu können. Dies sei niemals möglich. Vorerst sei es erforderlich, sich mit ihren Gedanken zu "befreunden", sie ruhig "rumoren" zu lassen und sie nicht bekämpfen und vertreiben zu wollen. Sie solle ihre Gedanken kühl zu Ende denken. Mit der Zeit könnte sich die Angst vor dem Schmutz(-gedanken) verlieren, ja sogar völlig ausbleiben. In der Zwischenzeit erfolgten mehrere Ausgänge. Am 5. Tage folgender: Die Patientin wird angewiesen, sofort in ihre Wohnung zu gehen und dort ihre alltägliche Arbeit zu verrichten. Sie solle sich nicht scheuen zu putzen, zu fegen, Staub zu saugen, sich die Hände zu waschen, auf den Boden zu tropfen und die "Spritzer" auf dem Parkett breitzutreten. Kurz: sie solle so viel Schmutz wie möglich machen. Oder : sie möge sich Brötchen kaufen und möglichst viele Brösel auf dem Boden verkrümeln. Während dieser Ausführungen müsse sie die Formulierungen intendieren. So z. B. : "Herrlich, jetzt habe ich gebröselt, was macht das schon? -- Ich werde gleich noch mehr "herumkrümeln", alles auf dem Boden verstreuen und bis morgen liegen lassen." Auch dürfe sie nie vergessen, schon bei Beginn einer Tätigkeit zu intendieren : "So, jetzt werde ich losziehen, um zu krümeln." Zwischendurch einige erwähnenswerte Details, die dem Verfasser aufgefallen sind: Es ist vorteilhaft, die Patienten sofort wegzuschicken nachdem ihr Ausgang (oder ihre Übung) besprochen worden ist, damit Besprechung und Ausführung unmittelbar aufeinander folgen. -- Der therapeutische Effekt läßt manchmal zu wünschen übrig, wenn der Arzt aus

Übermüdung, Zeitmangel oder anderen Gründen einfach nicht in der Lage ist, die "Paradoxe Intentions"-Behandlung mit jenem persönlichen Einsatz, jener intellektuellen Konzentration und jenem emotionalen Wirklich-Dabei-Sein durchzuführen, wie sie gerade bei der paradoxen Intention so sehr erforderlich sind. Es kann dann vorkommen, daß dem Kranken im entscheidenden Augenblick Mut und Kraft zur Durchführung seiner Übungen fehlen, muß er doch all das ausführen, wovor er sich seit langem fürchtete. - Auch das tägliche Training ist wichtig: Wird ein Patient zu lange ohne Übungen auf der Station gelassen, so kann er erneut seiner Erwartungsangst verfallen.

Die Patientin war zum ersten Mal zu Hause. Am siebenten Tag berichtet sie: "Es erging mir gut, aber leicht war es bestimmt nicht." Sie habe für die Familie gekocht und den Abwasch stehen lassen, damit die Küche nur "schön schmutzig" bleibe. Auch "Salzstangerl" habe sie sich gekauft, um nur recht viele Brösel verstreuen zu können. Sie habe sogar absichtlich Wasser im Zimmer verspritzt, "... das hätte ich früher nie getan", betont sie. Das Formulieren bereite ihr jetzt keine Schwierigkeiten mehr, ebenso nicht das "Noch-schmutziger-werden-wollen". Und weiter berichtet sie von zu Hause: gestern habe sie seit langer Zeit wieder richtig lachen können; als sie nämlich die Krümel in der Wohnung verstreut habe und ihr Gatte dabei zusah, da konnten sie beide das Lachen nicht mehr verhalten. Beim Verstreuen der Krümel sei ihr so richtig zum Bewußtsein gekommen, wie "blödsinnig" sie sich doch bisher verhalten habe. ("Was machen mir die Brösel schon? Jetzt werde ich bröseln..., einen richtigen Bröselteppich soll es geben", war ihre eigene Formulierung). - Manche ihrer Gedanken wären zeitweise schon noch quälend, aber sie werde sich damit abfinden. "Ich sage dann zu ihnen (den Gedanken): Bleibt nur ruhig alle da; willkommen seid ihr alle!...", fügte sie hinzu. Weiter teilte sie mit: "Ich reagiere nicht mehr so kopflos auf meine Gedanken, wie ich es früher tat. Es geht mir jetzt schon viel besser als vor der Behandlung. Vergleiche ich meinen jetzigen Zustand mit dem vorherigen, so ist das ein 'himmelweiter' Unterschied".

Bereits am achten Tag berichtet sie von ihrem zweiten Ausgang: Diesmal war sie mit ihrem Mann und den Kindern in ihrer Wohnung: "Meine Kinder waren da, haben einen "Mords-Wirbel" und "Dreck" gemacht. Aber ich habe alles ausgehalten. Ich verlebte einen ganz normalen Tag, ... beinahe so wie vor Beginn meiner Erkrankung... Doch manchmal merke ich, wie ich mich ängstige, die alten Zustände könnten sich wieder einstellen." -

An den weiteren Tagen Training der "Paradoxen Intention".

13. Tag : Die Patientin war täglich und über das Wochenende zu Hause. Sie

gab an, sie könne bereits ein ganz normales Leben führen. Ihren Zwang, sich mehrmals täglich waschen und baden zu müssen, habe sie völlig verloren. Sie habe gar nicht mehr das Bedürfnis, sich ständig waschen zu müssen. ("Jetzt habe ich mich einmal sauber gemacht, jetzt wird nicht mehr gewaschen, jetzt werde ich einfach "dreckig" bleiben.") Die "Höllenangst", welche sie beim Schneiden und Essen des Brotes hatte, sei verschwunden. Dagegen, gibt sie neuerdings an, verstärke sich in ihr die Vermutung, sie könnte verrückt werden, da ihr manchmal beim Sprechen die Worte fehlen würden. Im Sinne der "Dereflexion" wird der - übrigens einwandfrei sprechenden - Patientin erklärt, sie solle nicht übertrieben auf den vollkommen automatisch ablaufenden Sprechvorgang achten. Natürlich wird ihr Gedanke auch mit "Paradoxer Intention" angegangen. Etwa so: "Herrlich, jetzt gehe ich schon seit Tagen mich "schmutzig machen", nun gehe ich halt auch noch "verrückt werden", was ist denn schon dabei, verrückt zu werden?" Obwohl es der Patientin sichtlich besser ging, verlor sie ihre Skepsis gegenüber der Behandlung nicht. In der zweiten Woche gestand sie: "Ich vertraue dem Arzt; aber ich kann mir nicht vorstellen, daß ich meine Gedanken auf diese Weise wegbringen werde. Ich bin schon seit Jahren an sie gewöhnt. Ein Leben ohne diese kann ich mir nicht mehr vorstellen... und: Ist es denn noch normal, ist es nicht schon verrückt, wenn man sich so schwer vorstellen kann, daß man wieder gesund werden könnte?" -

Trotz aller Bedenken übt sie weiter. Sie berichtet stets sehr aufgeschlossen über Erfolg oder Mißlingen der Ausgänge. Ebenso darüber, wie sie ihre Gedanken in Krisensituationen zu meistern vermag; z. B.: "Gestern ist der Gedanke an den Schmutz wieder dagewesen. - Ich habe mich gefragt: was macht mir der Schmutz? - Er macht mich kopflos, war meine Antwort. - Gut, dann bleibe ich eben einfach kopflos, habe ich ganz gleichgültig mir gesagt, ich werde einfach "ohne Kopf" mein heutiges Programm bestreiten. Mein Leben wird auch ohne Kopf weitergehen." -

Am fünfzehnten Tage antwortet sie auf die Frage, wie es ihr erginge, sie glaube, insofern beschwerdefrei zu sein, als nun ihre Angst, ihre neurotischen Reaktionen könnten wiederkommen und sie könnte verrückt werden, a u c h ausgeblieben sei. Weiterhin seien ihr "Trancezustand", die "körperliche Verkrampfung", Kopfschmerzen, Depressionen und die verschiedenen Angst- und Zwangsgedanken fast nicht mehr zu bemerken. Ihre tägliche Arbeit könne sie wieder ohne größeren Aufwand und ohne besondere Anstrengung verrichten. Ihre Stimmung sei gelockert, sie würde ihr Leben von nun an ganz anders "anpacken". Schon seit Tagen könne sie in ihrer Wohnung ein normales Leben führen. "Und wenn der Schmutzgedanke wieder einmal da ist, dann läßt er mich völlig kalt" meint sie abschließend.

Am 16. Tag nach Behandlungsbeginn wird Frau M. entlassen und ambulant weiterbehandelt.

4. Ambulante Behandlung :

Die Kranke erschien eineinhalb Monate lang zweimal wöchentlich, dann ca. vierzehntägig zur ambulanten Behandlung. In den ersten beiden Monaten trainierte sie die Intention, wie sie es in der klinischen Behandlung gelernt hatte. In der ersten Zeit ist die "Angst vor dem Schmutz" wieder zeitweise aufgetreten, aber keineswegs so intensiv wie früher.
Im vierten Monat bemerkt sie, ihre Gedanken würden immer seltener auftreten, sie habe den Eindruck, als würden sie bald völlig verschwunden sein. Die Übungen führt sie weiterhin durch. Einen Monat kam sie überhaupt nicht zur Behandlung, weil sie - ihrer Meinung nach - keinen Arzt benötigte. Ende des fünften Monats erlebte sie im Rahmen einer familiären Konfliktsituation einen stärkeren Rückfall. Er ist bis zur Erhebung der Epikrise der einzige geblieben. Sie schilderte, der "Schmutz" könne ihr wieder etwas "anhaben", nachdem er sie schon seit Monaten nicht mehr gestört habe. Zu Zwangshandlungen kam es aber nicht. (..."Ich wurde depressiv und bekam einen "Katzenjammer", weil ich wieder Angst hatte und mir der Schmutz nicht mehr gleichgültig war"). Nach sofortigem Üben der "Paradoxen Intention" und mehrtägiger Kontrolle der Patientin verebbten der akute Angstzustand und ihre Depression. Nach ungefähr einer Woche war der Zustand vor dem Rückfall wieder hergestellt. Weitere Besonderheiten während der ambulanten Behandlung sind von Frau M. nicht zu berichten.

5. Epikrise :

Bei einer längeren Nachuntersuchung, 8 Monate nach Klinikaufnahme, bot die Patientin folgendes Bild:
Die in der Anamnese angegebenen Angst- und Zwangsgedanken sind entweder vollkommen verschwunden oder treten nur mehr selten auf. Ihre Zwangshandlung, sich andauernd die Hände zu waschen oder baden zu müssen, ihr Drang, in der Wohnung immer wieder aufzuräumen, die Angst, sie könnte Tropfen verspritzen, ihre "Höllenangst" vor dem Brotschneiden, ihre Sorge, sie könnte selbst schmutzig werden oder andere beschmutzen; diese Symptome waren nicht mehr oder nur noch selten - aufgetreten. "Tagelang denke ich überhaupt nicht an den Schmutz, ... und wenn wieder ein Gedanke kommt, dann lasse ich mich von

ihm nicht mehr in die Enge treiben. Ich verhalte mich ihm gegenüber so, als wenn es ihn gar nicht gäbe", bekräftigt sie. Ihr Verhältnis zu Mann und Kindern, ihre täglichen Pflichten, das gesellschaftliche Leben haben sich normalisiert. Auf die Frage, ob sie noch immer glaube, sie könne verrückt werden, lacht sie. "So ein Gedanke kommt mir gar nicht mehr", war die Antwort. Nach längerer Beobachtung zeigte sich, daß gelegentliche praemenstruelle Depressionszustände die Zwangsgedanken leicht aufflackern ließen. Dabei waren stundenweise ihre alten Zwangsgedanken aufgetaucht, zu Zwangshandlungen kam es nicht mehr. Die migränoiden Kopfschmerzen und ihre unregelmäßigen Menses waren erfolgreich behandelt worden.

Eigene Formulierungen kennzeichnen ihren Zustand wohl am besten. Von diesen seien einige ausgewählt:

"Wenn die Kinder bröseln, dann denke ich mir: irgend jemand wird die Krümel schon wegkehren, ... früher blieb mir bei dem Gedanken daran schon der "Bissen im Halse" stecken..."

"Ich kann meine Arbeit jetzt schneller erledigen, weil ich nicht mehr immer dieselben Handlungen ausführen muß..."

"Ich bin schon so weit, daß ich bei schönem Wetter meine unaufgeräumte Wohnung stehen lasse und spazierengehe. Früher hätte ich geputzt und gescheuert, bis alles sauber gewesen wäre, und dann wäre ich immer noch nicht fertig gewesen."

"Ausgegangen bin ich nie, ... ich habe wieder Zeit, ich gehe mit meinem Mann viel weg, ... Es ist schöner, nicht so alleine zu leben, wie ich es tat..."

"Ich hatte effektiv das Lachen verlernt, nun bin ich wieder zu jeder "Blödelei" bereit..."

"Wenn ich meinen jetzigen Zustand mit dem vor Behandlungsbeginn vergleiche, so ist das wie das Verhältnis 1 zu 100..." Ein Symptomwandel oder neu aufgetretene Symptome sowie weitere körperliche Beschwerden konnten bei der Patientin nicht festgestellt werden.

Patient P. :

Alter: 44 a
Beruf: Buchhalter.
Diagnose: Angstneurose mit Klaustrophobie.

1. Kurze Charakteristik des Patienten P. :

Der hagere blasse Mann erscheint deprimiert, ängstlich und unruhig. Er spricht sehr zügig, erzählt exakt und langatmig seine Krankengeschichte. Gestellte Fragen beantwortet er gründlich. Der Kontakt zu seinen Mitmenschen sei stets sehr offen gewesen. Er sei ein ausgeglichener und humorvoller Mensch gewesen; man habe ihn sogar als Komiker engagieren wollen. Erst seit etwa zwei bis drei Jahren - dem Beginn seiner Erkrankung - habe er sich immer mehr zurückgezogen und sei ein Einzelgänger geworden. Es sei ihm, als müsse erst der "alte Mensch" wieder durchbrechen, falls er wieder ein normales Leben führen wolle, sagte er. - Ein befreiendes Lachen sei ihm unmöglich.
Die Ausbildung des Herrn P. ist folgende: Abitur, nach Kriegsdienst und Gefangenschaft Ausbildung zum Buchhalter. - 1949 Heirat, das Ehepaar ist kinderlos. In seiner Freizeit beschäftigt sich der Kranke mit Tätigkeiten, die genau und gewissenhaft ausgeführt werden müssen. Er entwickelt Photographien, stellt sich mit einem Tonband eigene Sendungen zusammen und bastelt mit Vorliebe an seiner Modelleisenbahn.
Die Untersuchung des Fachpsychologen konnte bei diesem Patienten aus finanziellen Gründen nicht durchgeführt werden.

2. Anamnese des Patienten P. :

Die gleichsinnige Heredität wird schon durch die Schilderung seines Vaters offenbar: "Mein Vater war sehr pedantisch. Er war ein "i - Tüpferl-Reiter", ... Er war halt ein typischer Buchhalter, das sagt alles." Der Vater litt an häufigen depressiven Verstimmungen. Als Heimatvertriebener konnte er sich nicht in der neuen Umgebung zurechtfinden und verübte 1956 einen Selbstmordversuch, der mißlang. Die energische Mutter habe das Leben eher von der "leichten Seite" genommen. Die Ehe der Eltern sei "beispielhaft gut" gewesen.
Herr P. gibt an, er sei seit jeher pedantisch, gewissenhaft, genau und ehrgeizig gewesen. Von Kindheit an sei er ängstlich und nervös. Während der Schulzeit habe er - besonders vor Prüfungen und bei Belastung - unter morgendlichem Er-

brechen gelitten. Bei jeder Anstrengung verspüre er Schmerzen im Unterbauch. Während der Militärzeit sei er allerdings völlig beschwerdefrei gewesen.
Im September 1964 verstarb sein Vater nach langem Leiden. Er erlebte die Leidenszeit seines Vaters mit und habe seither an Angstzuständen gelitten, welche sich vorerst um die Familie konzentrierten. Er befürchtete, die Mutter könnte während der Pflege des Vaters und nach dessen Tod der Belastung nicht standhalten. Außerdem ängstigte er sich, seiner Frau könnte ein Unglück widerfahren und er wäre verlassen wie ein kleines Kind.
Zu Weihnachten 1964 nahmen die Angstzustände an Intensität zu, konzentrierten sich aber jetzt auf die eigene Person. Er befürchtete, sterben zu müssen, einen Kreislaufkollaps zu erleiden, oder sein Herz könnte aussetzen. Seines niedrigen Blutdrucks wegen vermeinte er, seine Kraft könnte schwinden. Da ihm sein Hausarzt einschärfte, er solle sich zusammennehmen ("Mit 44 Jahren ist man noch nicht 'an den Nerven' erkrankt"), versuchte er, seine Krankheit zu verbergen, was ihm aber nicht gelang.
Nach seiner Beziehung zu seiner Ehefrau befragt, teilte er mit: beide hätten sie Kinder gewollt. Der Patient hatte jedoch Bedenken in der Meinung, seine Gattin würde sich nur kurze Zeit den Kindern widmen, dann könnten sie ihr zur Belastung werden. Sie würde jede Freude an ihnen verlieren, wie immer, wenn sie erst etwas besitze. Seine Frau sei kein "Hausmütterchentyp", im Gegenteil: sie liebe ihr Berufsleben. Da sie dieses stets bevorzuge, fühle er sich vernachlässigt. Sie sei ein herrischer, männlicher Typ, der im Mittelpunkt stehen müsse. Diese Eigenschaften übertrage sie auch ins Privatleben. Sie wolle nur empfangen, nichts geben. Ohne auf sein Befinden zu achten, jage sie ihrem Vergnügen nach. Für seine Hobbies zeige sie kein Verständnis. Komme sie einmal später nach Hause, so sehe er sie schon verunglückt. Seine Gattin ärgere sich darüber und fühle sich kontrolliert. Auseinandersetzungen und Spannungen seien an der Tagesordnung, obwohl er meist nicht antworte. Trotz allem liebe er sie und fürchte, sie verlieren zu können. - Seit zwei Jahre lebe er mit seiner Frau in völliger sexueller Enthaltsamkeit. Eine Potenzstörung liegt vor.
Seinen Zustand während eines Jahres vor Behandlungsbeginn veranschaulicht die kurze Schilderung eines Tageslaufes:
Morgens: Übelkeit, Müdigkeit, Angst vor dem Tageslauf und dem möglichen Tod. Brechreiz, ohne jedoch Speisen erbrechen zu müssen. Krampfartiges Gefühl in der Magengegend.
Während der Arbeitszeit: Brechreiz, Schwindel, erhebliche Behinderung in der Berufsausübung. Er hatte Angst zusammenzubrechen. Ständiges Überlegen, wie er nach Hause kommen könnte. Nach Büroschluß Nachlassen der Symptome, da-

für trat aber die Angst, kollabieren zu können, in den Vordergrund. Ging er nur einige Schritte, so glaubte er, daneben zu treten. Nach der Arbeit mußte er sich sofort zu Hause hinlegen. Die letzten Monate sei er immer nur mit dem Taxi nach Hause gefahren. In der Straßenbahn mit ihren pneumatischen Türen habe er das Gefühl gehabt, nicht mehr durchatmen zu können und kollabieren zu müssen. - Nervosität und starke Konzentrationsschwäche den ganzen Tag über. - Er ging überhaupt nicht mehr aus, sondern blieb Tag für Tag zu Hause. Nun sei er völlig erschöpft, grüble viel, sei antriebs- und freudlos.
Der Patient wurde seit 5 Jahren regelmäßig von Fachärzten auf "vegetative Dystonie" - ohne erkennbaren Erfolg, wie er angibt - behandelt. Er wurde auf die Station überwiesen; Diagnose: Angstneurose mit Klaustrophobie.

3. Stationäre Behandlung des Patienten P. :

Während der organischen Durchuntersuchung wurden die Zeichen einer akuten Gastroduodenitis festgestellt. - In den ersten 5 Wochen wird diese Erkrankung medikamentös behandelt. Zur gleichen Zeit beginnen allmählich die psychotherapeutische Behandlung und die paradoxe Intention, vorerst aber noch sehr schonend. Mit Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand übt und trainiert er die Methode zuerst in der Klinik und im Garten. - In der allgemeinen Psychotherapie werden seine Eheschwierigkeiten, die Potenzstörung, seine sexuelle Enthaltsamkeit, seine Scheu vor Aufgaben im Privat- und Berufsleben u. a. besprochen. Die Ehefrau wird teilweise in die Gespräche mit einbezogen.
Am Ende der ersten Woche hört sein Brechreiz auf. Er ist während der gesamten Behandlung nicht mehr aufgetreten. In der fünften Woche nach Klinikaufnahme beginnt die intensive Behandlung mit "Paradoxer Intention", die er bei Ausgängen übt. Er ist zu dieser Zeit so weit, daß er in Kliniknähe ohne Angst spazierengehen kann. Der Patient ist freudig, gesprächig, lacht viel und meint: "Ich bin voller Zuversicht, ich werde über meine Krankheit hinwegkommen." Bereits beim ersten Versuch gelingt ihm eine längere Fahrt in der Straßenbahn, die er ein Jahr lang nicht mehr betreten hatte. Die notwendige Formulierung konnte er vorher in der Klinik üben: "Jetzt wird in die Straßenbahn gegangen. Dort werde ich denen einmal zeigen, wie ich kollabieren kann." - In der darauffolgenden Woche übt er weitere Ausgänge, Fahrten in der Straßenbahn, in der Schnellbahn, im Autobus; er unternimmt die verschiedensten Touren und intendiert, es solle ihm nur noch schlechter werden, er solle an einem "Kollapstod" zugrundegehen.....
Auch in der sechsten und siebenten Woche übt er mit Elan weiter. Formeln

und Gespräche, die seine Angst vor dem Tageslauf und alle in der Anamnese angegebenen Symptome "aufs Korn nehmen", werden mit einbezogen. Er ist schon so weit, daß er selbst äußerst gelungene Formulierungen bildet. - Am Ende der achten Behandlungswoche, ca. 4 Wochen nach Beginn der Behandlung mit "Paradoxer Intention", wird Herr P. in die ambulante Behandlung entlassen. Zeichen einer akuten Gastroduodenitis konnten nicht mehr festgestellt werden. Angstgedanken habe er überhaupt keine mehr, gab er an; er sei fähig, wieder in seinem Beruf zu arbeiten. Seine körperlichen Beschwerden seien verschwunden.

4. Ambulante Behandlung des Patienten P.:

Von der ambulanten Behandlung bis zur Aufnahme der Epikrise, sieben Monate nach Behandlungsbeginn, ist kein besonderer Vorfall zu berichten. Der Patient erschien regelmäßig einmal wöchentlich zur Sitzung. Die medikamentöse Therapie wurde vorerst beibehalten. - Der Patient nahm sofort seine Arbeit wieder auf. Anfängliche Schwierigkeiten und Konzentrationsschwäche haben sich gegeben. Nach zwei Monaten bezeichnete er sich als eine "vollwertige Arbeitskraft". Schon am ersten Tag nach der Entlassung fuhr er wieder mit jeder Straßenbahn. Er hatte keine Angst mehr - wo auch immer er sich befand - kollabieren zu können. Um seine Kollapsfurcht im Autobus erproben zu können, hat er sich als besonderen "Clou" einen zweistöckigen Bus ausgesucht, in dem er stolz im Oberdeck mitfuhr. "Ich bin froh, daß ich heute darüber lachen kann", entgegnete er, als er nach seiner Furcht, sterben zu müssen, befragt wurde.
Brechreiz, Schwindelgefühle, Angst vor der Berufsausübung und einem möglichen Kreislaufversagen sind auch während der ambulanten Behandlung nicht wieder aufgetreten.
Mehrere Aussprachen mit dem Patienten und dessen Frau wurden in die Behandlung eingeschaltet, dabei besonderes Augenmerk auf das Verhältnis der beiden Ehepartner gelegt.

5. Epikrise des Patienten P.:

Sieben Monate nach Behandlungsbeginn bot der Patient folgendes Bild:
Er lebt ohne jegliche Angstzustände. Seine körperlichen Beschwerden (Brechreiz, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, krampfartiges Gefühl in der Magengegend) waren nicht mehrzu bemerken, bis auf ein morgendliches "Unlustgefühl", das mit dem Einnehmen des Frühstücks schwindet. Stundenweise würde ihm ca. alle drei

bis vier Tage "ein wenig übel" sein, was für ihn aber bedeutungslos sei. Die akute Gastroduodenitis ist abgeklungen.
Das Verhältnis zu seiner Frau hat sich wesentlich gebessert. Seine Ehe würde jetzt "in normalen Bahnen" verlaufen. Schon seit einigen Monaten gehe er mit seiner Frau aus, besuche Kinos und Theater. Er sei zwar kein "Salonlöwe" geworden und ein "Wirbel sei ihm immer noch unangenehm", aber er habe wieder Spaß an einem "gemütlichen Beisammensein" mit Bekannten.
Er fuhr nach einem Jahr wieder selbst mit einem Auto und war überhaupt zum ersten Mal beim "Heurigen". Seit Entlassung habe er 10 kg zugenommen, betont er.
"Bis auf die Potenzstörung führe ich wieder ein völlig normales Ehe- und Berufsleben, das kann ich mit ruhigem Gewissen behaupten." "Körperlich fühle ich mich wohl", meinte er abschließend.
Seine Potenzstörung war damals noch nicht behoben; sie wird während der weiteren psychotherapeutischen Betreuung behandelt werden. Ein Symptomwandel oder neu aufgetretene psychische oder physische Symptome konnten bei Herrn P. nicht beobachtet werden.

Im Wesentlichen ist die Behandlung dieses Patienten ohne größere Schwierigkeiten verlaufen. Er sprach gut und schnell auf die Behandlungsart an. Da seine Behandlung den beiden vorangehenden Fällen ähnelte, wurde hier auf eine detaillierte Beschreibung verzichtet.

Patient H. :

Alter: 41 a, verheiratet, 2 Kinder.
Beruf: Jurist, wegen Krankheit frühzeitig pensioniert.
Diagnose: Zwangsneurose.

1. Kurze Charakteristik des Patienten H. :

Der hochgewachsene Patient wirkt ungepflegt. Sein Blick ist grimmig und verschlossen. Das volle Gesicht erscheint verkrampft. Im Gespräch bekommt man anfänglich sehr schwer mit ihm Kontakt. Er berichtet aber dann ausführlich seine Krankengeschichte. Auffällig sind seine Gedächtnisleistungen, er erzählt bis ins Detail von Erlebnissen, die bereits Jahrzehnte zurückliegen. Es ist deutlich zu bemerken, wie der Patient derzeit völlig von seiner Krankheit beherrscht wird.
Der Kranke lebte seit jeher ohne gesellschaftlichen Kontakt. Nur zu seiner Mutter sei die Bindung eng gewesen. Auch jetzt noch führt er mit seiner Familie ein zurückgezogenes Leben. "Reibereien" mit seiner Frau sind vorhanden.
Als Hobbies gibt er an: Reisen (seine Lieblingsbeschäftigung ist, Reiseführer zu sein), Wandern, Schwimmen, Geographie; er liest stundenlang geographische Bücher und Atlanten. Praktisch veranlagt sei er nicht, auch würde ihm das "logische Denken" nicht liegen. Der Akademiker mußte wegen seiner Krankheit schon vor Jahren zwangspensioniert werden. Er ist jetzt in einer Karteiablage tätig. Die Untersuchungen des Fachpsychologen konnten aus äußeren Gründen nicht durchgeführt werden.

2. Anamnese des Patienten H. :

Über die Großeltern des Patienten ist nichts Bemerkenswertes zu berichten. Sein Vater hatte eine Bakteriophobie, was in Richtung auf eine hereditäre Komponente seiner Krankheit sprechen könnte. Als Kind habe der Patient mit den Ellenbogen die Türklinken geöffnet aus Furcht vor möglichen Infektionen. Im Jugendalter zeigte er übertriebene Reinlichkeitssucht und neigte zur Pedanterie. Mit anderen Kindern hatte er keinen Kontakt, damit er nicht krank werde. Mit 10 bis 12 Jahren Gedanken über sich selbst, sein "Ich" beschäftigt ihn.
In der Volksschule und auf dem Gymnasium lebte er sehr zurückgezogen. Er war schüchtern und wurde von seinen Mitschülern ständig gehänselt, weil er sehr verschlossen war und nicht zu kontern verstand.

Der Patient glaubt, sich an eines der ersten Symptome seiner Krankheit zu erinnern: beim nächtlichen Nachhauseweg findet er 1938 eine Karte, die er sechsmal durchlesen muß: "Und wenn ich sie nicht durchgelesen hätte, hätte ich keine Ruhe gefunden." - Abends muß er so lange lesen, bis "alles in Ordnung" ist. - Angst vor Bananen (Bakterien!) und vor Lepra stellt sich ein. 1939: von diesem Zeitpunkt an habe er an einem "Karfreitagswahn" gelitten. Er befürchtete, er könnte unbewußt Fleisch zu sich nehmen oder gegen eine religiöse Vorschrift verstoßen. Diese Gedanken waren bereits quälend.
Auf dem Gymnasium wurde Kant's "Kritik der reinen Vernunft" besprochen; er hörte, man könne die Dinge in der Welt gar nicht richtig erkennen und alles sei nicht wirklich. "Dieser Satz war für mich der ganz große Schlag, alles andere war nur ein Vorspiel", klagt er. Herr H. sieht dies als das "Leitmotiv" seiner Krankheit an. Bei der übergroßen Liebe zu seiner Mutter war es ihm unerträglich zu wissen, sie sei nicht wirklich da.
Der Patient erforscht täglich sein Gewissen. Er gibt sich Rechenschaft darüber, ob auch alles recht (d. h. "hundertprozentig", wie er sagte) gemacht worden sei. Diese Gewissenserforschung führt er in einem genauen Ritual durch; "ich habe einen gewissen Formalismus aufrechterhalten, der bis heute geblieben ist." -
Um jedes Kreuz mußte er in weitem Bogen gehen, weil er an alles, was heilig war, nicht "anstreifen" wollte. Später mußte er immer wieder gewisse Formeln sprechen, wie:"Ich habe gegen nichts verstoßen", dann hatte er das Gefühl, nicht bestraft zu werden.
Im Krieg Symptomatik eher leichter. In der Gefangenschaft wurde er verspottet, weil er nicht in "Bordelle" ging. Aufgeklärt wurde er nicht: "Ich wußte damals noch nicht, daß zum Geschlechtsverkehr eine Erektion gehört." Ein Mädchen machte ihn darauf aufmerksam, daß bei ihm sexuell "etwas nicht in Ordnung" sei, weil er "nicht 'rangehe' ". Daraufhin: später psychoanalytische und hypnotische Behandlung. Sie war erfolgreich, da sich Erektionen einstellten. Die Zwangssymptome verschwanden damals nicht. Sie standen eher im Hintergrund, weil ihn das Sexuelle so sehr beschäftigt hatte. Das "Leitmotiv des Nicht-Wirklich-Seins" sei seither mehr und mehr verblaßt.
1949: Heirat, anfängliche Potenzstörungen verschwinden nach erneuter Behandlung. Vorher in kürzester Zeit Abschluß des Studiums und Promotion. -- Darauf Beginn seiner Tätigkeit bei der Polizei, er wechselt bald zum Finanzwesen über. Auch dort wird er wieder entlassen, weil er zu wenig leiste und zu langsam sei. Erneute Besprechung mit einem Arzt: keine Besserung. -- Bürstenbäder als weitere Behandlung. -- Arbeitsaufnahme bei der Bahn. - Damals durfte ihm seine

Tochter nicht nähertreten, er glaubte, er könnte sie sexuell mißbrauchen. Seine Zwangssymptome nahmen seit 1953 ständig zu.
1956 las er in einem Buch über eine schizophrene Krankenschwester, die sich die Augen eingedrückt hatte. Er versucht, sich von jetzt an die eigenen Augen einzudrücken und hat Angst, er könnte das auch bei kleinen Kindern tun. -- "Je mehr ich gegen diesen Einfall ankämpfte, desto ärger wurde er". --
Zahlen bekommen eine Bedeutung. Er muß abends 3 Orangen auf dem Tisch liegen lassen, sonst konnte er sich nicht zur Ruhe legen. - Erneuter Arbeitswechsel: Übertritt zur Verkehrsbranche.
1960 Behandlung bei einem Psychologen, der ihn zum Psychopathen stempelt, kein Erfolg.
1961 homöopathische Behandlung, Akupunktur; beides ohne Erfolg, wie er angibt.
1962 Einlieferung in eine Klinik, er bekommt 45 Insulinschocks, da die Diagnose lautete : Schizophrenie. Dort Gefühl eines völligen Alleinseins. -- In der Nacht vor der Entlassung erfolgte ein völliger Zusammenbruch und der Gedanke, alles sei nicht wirklich, stand wieder im Vordergrund. Der Patient versichert: "Von diesem Tage an ist das Leitmotiv meiner Krankheit wieder drohend aufgetreten, seither geht es mir besonders schlecht".
Es folgen Behandlungen im Ausland. Nach seinen Angaben wurde ihm zum ersten Male die Diagnose "Zwangsneurose" mitgeteilt.
Inzwischen wechselte er während eines Zahres zwanzigmal die Arbeitsstelle und arbeitete als : Plattenträger, Reiseführer, Kartenverkäufer, Druckereigehilfe usw. Über eine im Jahre 1963 durchgeführte Arbeitstherapie urteilt er: sie sei im Gegensatz zu anderen Methoden (teilweise) erfolgreich gewesen. -- Seit 1964 werden die Zwangssymptome stärker, der Patient wird arbeitsunfähig. Sein häufigster Gedanke in der letzten Zeit ist: "Ich glaube, ich könnte meinen Mitmenschen die Augen eingedrückt haben. Nach jedem Menschen muß ich mich umdrehen, um mich zu vergewissern, daß ich es nicht wirklich getan habe". Seine Krankheit wurde für seine Angehörigen unerträglich; mit der Diagnose "schwere Zwangsneurose" wurde er in die Klinik aufgenommen.

3. Stationäre Behandlung des Patienten H. :

Die organische Durchuntersuchung verlief unauffällig, EEG im Rahmen der altersgemäßen Norm. Beginnende medikamentöse Ruhigstellung des Patienten.
1. Tag der psychotherapeutischen Behandlung: der Patient ist unruhig, gespannt,

sieht ständig zur Tür hin, ob er nicht jemandem die Augen ausgedrückt habe. - Den Kindern der naheliegenden HNO - Station weicht er in weitem Bogen aus. Vermutet er eines auf dem Gang, so verläßt er die Neurologische Abteilung überhaupt nicht. Er muß ständig krampfhafte, "zeremonielle" Bewegungen ausführen, um sich zu vergewissern, daß er tatsächlich niemanden verletzt habe. Stets betrachtet er seine Hände, um zu sehen, ob er nicht einen "Glaskörper" von einer Krankenschwester daran kleben habe.

Am 2. Tag längeres, allgemein gehaltenes Gespräch mit dem Patienten. Die allgemeine Psychotherapie wird in Form eines Gespräches über die gesamte Behandlungsdauer weitergeführt. Die Bemühungen des Arztes konzentrieren sich vorwiegend auf seine Schuldgefühle, sein Verhältnis zu Mutter, Frau und Kindern, seinen ständigen Arbeitswechsel, seine gelegentlich auftretenden Depressionen, seinen Zwangseinfall, alles sei "unwirklich" u. a..

Das im folgenden Abschnitt Wiedergegebene gehört noch nicht zur "Paradoxen Intention", sondern stellt eine "persuasorische Vorphase" dar, die manchmal bei Zwangsneurotikern notwendig ist. (Siehe: "Psychotherapie in der Praxis", S. 120; FRANKL geht dort auf diese Vorstufe der Behandlung näher ein): Da der Patient bemerkte, er glaube, er werde einmal in einem "Irrenhaus landen", oder er könnte aufgrund seiner "Triebhandlungen" Kinder "attackieren" und dann als "Wahnsinniger" eingesperrt werden, entgegnete ihm Dr. Kocourek auf seine Bedenken etwa folgendes:

Einmal erklärte er ihm eingehend den Unterschied zwischen einer Triebhandlung und einem Zwangsgedanken. Sodann sagte er ihm, er könne aufgrund seiner Krankheit niemandem ein Leid antun. Seine Krankheit, eine Zwangsneurose, sei die Garantie dafür, daß er nicht kriminell werde. Nirgends in der Welt könne er einem Erwachsenen oder gar einem Kind etwas antun. Seine Angst, er könnte einem Mitmenschen die Augen ausdrücken, verhindere ja schon das Ausführen seines Zwangsgedankens.

Am 4. Tag wird dem Patienten die Handhabung der "Paradoxen Intention" erklärt, aber noch nicht aktiv damit begonnen. Überhaupt beginnt die Intentionsbehandlung bei diesem Kranken notwendigerweise sehr langsam und allmählich. Auf exakte Einzelheiten über die Durchführung der Methode verzichtet der Arzt vorläufig.

5. Tag: Der Patient wirkt ruhiger und entspannter. Er kommt in die Ambulanz, um sich die Behandlungsart nochmals erklären zu lassen. Er sei nicht sicher, ob er auch alles richtig verstanden habe, erklärt er. Immer wieder will er die Versicherung haben, daß die Ausführungen des Arztes "überall in der Welt und zu allen Zeiten" gültig sind.

6. - 10. Tag: Fortwährend Gespräche mit dem Patienten. Ir stellt viele Fragen, auf die genau eingegangen wird. Er scheint weniger ängstlich zu sein als an den Vortagen.

11. Tag: Im Rahmen der allgemeinen Psychotherapie wird ihm heute nochmals das Wesentliche der "Paradoxen Intention" erklärt: Er solle seine Gedanken nicht zurückdrängen, sondern sie ruhig aufkommen lassen; denn sie würden nicht zu der von ihm gefürchteten Aktivität führen. Er müsse versuchen, die Gedanken zu ironisieren, sie für lächerlich zu halten, oder ihnen mit "Humor und Gelassenheit" zu begegnen; dann werde er sich vor den Zwangseinfällen nicht mehr fürchten, und wenn er sie dann nicht bekämpfe, würden sie von selbst ausbleiben. - Was er in Gedanken fürchte, solle er sich nur ruhig vornehmen, als Zwangsneurotiker könne er sich das ruhig leisten. Die Verantwortung für alles, was er anstellen werde, übernehme für ihn der Arzt.

Da es am 15. Tag schien, als wäre der Patient H. aufnahmebereit für die Durchführung der "Paradoxen Intention", wurde mit den aktiven Übungen begonnen: in Begleitung des behandelnden Arztes Dr. Kocourek geht Herr H. durch die Klinik und übt die "Paradoxe Intention". Zuerst muß er die Formel laut vorsprechen, z. B.: "So, jetzt geh'n ma' Aug'n ausdrücken!"... "Zuerst werden wir allen im Zimmer die Augen ausdrücken, dann kommen die Ärzte dran, dann aber gleich das Personal. Und einmal Ausdrücken ist viel zu wenig, fünfmal werde ich jedem die Augen ausdrücken. Nur mehr Blinde sollen um mich herum sein. Die Glaskörper sollen nur so spritzen... Wozu gibt es denn Bedienerinnen? Die sollen nur aufwischen." Oder eine andere Formulierung: "So, da steht schon wieder eine Schwester. Da werden wir gleich hingehen und ihr die Augen eindrücken. Und im Parterre ist große Visite, da gibt es etwas zu tun. Da finden wir gleich einen ganzen Haufen Leute zum Augen eindrücken. Bei solchen Leuten steht es ordentlich dafür, richtig zu drücken,... Hinter mir sollen nur mehr Blinde und ein Haufen Glaskörper zurückbleiben." - Diese Formeln werden in den verschiedensten Variationen trainiert und in Form einer Übung gegen jeden seiner Zwangsgedanken spezifisch angewandt. (Es können in der Krankengeschichte immer nur einige Beispiele angeführt werden.)

Für die Übung war ein intensives emotionales "Mitwirken" des Arztes erforderlich, da der Patient anfänglich nicht sofort zur Durchführung der Intention zu bewegen war. Er ängstigte sich, doch einen Zwangseinfall ausführen zu können, außerdem konnte er nicht an den Erfolg der Methode glauben. - Erst nach wiederholter Aufforderung und Vorspielen gelang seine Mitreaktion. Er sprach bald die Formulierungen laut nach, und der "urkomische Gang" durch das Krankenhaus bereitete ihm sogar noch Vergnügen, wie er später angab. Nach der Übung wird er auf sein Zimmer geschickt und aufgefordert, dort weiter die "Paradoxe Intention" gedanklich zu trainieren.

Am Nachmittag desselben Tages konnte erstmalig ein schüchternes Lächeln bei ihm bemerkt werden, er meinte: "Meine Gedanken finde ich zum ersten Mal richtig "unsinnig". "
Der Patient bemerkt am 20. Tag, die Anwendung der Methode gelinge ihm jetzt tadellos. Ab heute muß er die "Paradoxe Intention" nicht nur üben, wenn "Gefahr lauert": wenn er also jemandem begegnet, von dem er glaubt, er könnte ihm die Augen ausgedrückt haben, - sondern er lernt es, seinen Zwangsgedanken mit der Übung bereits zuvorzukommen.
An den nächsten Tagen wird die Intention allein und auch mit Untersützung des Arztes geübt und auf weitere Gebiete ausgedehnt: es werden die Kinder der HNO-Abteilung in die Behandlung mit einbezogen. Der Patient wird aufgefordert, sich unter einem Vorwand auf die HNO-Station zu begeben und zu intendieren: "So, jetzt gehe ich halt mal die Kinder blind machen; es wird höchste Zeit, daß ich mein Plan-Soll erfülle. Die Glaskörper sollen ruhig an meinen Händen kleben... Ich pfeife jetzt schon auf alles..., vor allem auf meine Zwangsgedanken." - Oder: "Die Zwangsgedanken sollen nur kommen, damit ich gleich in der Klinik die "Paradoxe Intention" üben kann, um nicht zu Hause unvorbereitet von ihnen überrascht zu werden, damit ich wirklich weiß, wie ich mit ihnen umgehen muß."
25. Tag: Der Patient teilt mit, er habe im Bereiche der Klinik kaum noch Zwangsgedanken, weder in Anwesenheit von Kindern noch bei Erwachsenen. Auf die "Paradoxe Intention" vergesse er sogar zeitweise. Käme ein Gedanke, so könne ihn dieser nicht mehr "aus dem Häuschen bringen". - Sein Zwangsgedanke, alles sei unwirklich, wird auch mit "Paradoxer Intention" angegangen, etwa mit der Formulierung: "Ich finde mich einfach damit ab, in der Unwirklichkeit zu leben. Ist dieser Tisch auch nicht echt, sind die Ärzte auch alle nicht wirklich da, es lebt sich trotzdem ganz schön in dieser "Unwirklichkeit"; übrigens: schon mein Gedanke beweist mir ja, daß ich wirklich da bin. Wäre ich nämlich nicht "wirklich", so könnte ich das gar nicht denken."
Der Patient erhält am 28. Tag seinen ersten Ausgang, vor dem er schreckliche Angst hat. Vor lauter Unsicherheit glaubt er, die Formulierungen nicht anwenden zu können. Er wird angewiesen, sofort ununterbrochen zu intendieren: "So, jetzt werde ich ausgehen, damit ich auf der Straße Unheil anrichte. Zur Abwechslung drücke ich mal im Freien den anderen die Augen aus. Ich werde mir sofort jeden "auf's Korn nehmen",... daß mir nur keiner auskommt..." - Mit großen Bedenken geht er los. - Nach dem Ausgang berichtet er freudestrahlend, es sei ihm während seines Exkurses gut ergangen. Die Formulierungen habe er wider Erwarten anwenden können. Im Gegensatz zu seinem Aufenthalt im

Spital hätte er zwar stellenweise Zwangsgedanken gehabt, er sei vor diesen aber keineswegs mehr kopfscheu geworden. Nur zweimal während des einstündigen Ausganges habe er sich umdrehen müssen. Dabei habe er erst zu spät an die "Paradoxe Intention" gedacht.
Weiteres Üben mit täglichen Ausgängen. - "Ich habe kaum noch Zwangsgedanken, sind sie aber da, so quälen sie mich nicht mehr", versichert er am 32. Behandlungstag.
Am 35. Tag wird Patient in die ambulante Behandlung entlassen. An der Gruppentherapie nimmt er teil.
Sein Zustand bei Entlassung ist folgender: Im Klinikbereiche kommen keine Zwangsgedanken mehr auf, während sie sich bei seinen Ausgängen hie und da eingestellt hatten. Er hat es aber gelernt, geeignete Formulierungen zu bilden und steht den Gedanken nicht mehr hilflos gegenüber. In seinem Tageslauf ist er von ihnen nicht mehr behindert.
Sofort nach Entlassung steht dem Patienten eine Arbeitsstelle zur Verfügung, wo er seine Tätigkeit aufnimmt.

4. Ambulante Behandlung des Patienten H. :

In den ersten beiden Wochen erscheint er täglich beim Arzt, um von seiner Arbeit zu berichten und Verhaltensempfehlungen entgegenzunehmen. Darauf kommt er nur noch dreimal wöchentlich. Im 4. Monat wird seine Behandlung auf einmal wöchentlich herabgesetzt. Die Gruppentherapie besucht er sehr unregelmäßig.
An seiner Arbeitsstelle konnte sich der Patient gut einleben. Er erfüllte seine beruflichen Pflichten zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzen. Im 4. Monat berichtete er, er würde keine Medikamente mehr zu sich nehmen, die "Paradoxe Intention" könne er täglich üben. Seine Zwangsgedanken seien während der Arbeitszeit fast nicht zu bemerken; bei Übermüdung würden sie wieder auftreten.
Im 5. Behandlungsmonat, kurz vor den Osterfeiertagen, hatte er Angst vor dem Karfreitag. Er glaubte, er könne an diesem Tage Fleisch essen, ohne es zu bemerken. Die ihm bevorstehende Situation wurde besprochen, seine Formel lautete: "Jetzt werde ich halt die Suppe hinunterschlucken und eine Menge Fleisch dazu, das ich zwar nicht sehe, das für mich als Zwangsneurotiker aber sicher in der Suppe ist. Wenn ich das tue, dann ist das keine Sünde, sondern eine Therapie, um gesund zu werden."
In der darauffolgenden Woche berichtete er, es sei ihm während der Karwoche gut ergangen. Die "Paradoxe Intention" habe er gar nicht benötigt.
Im 6. Monat erfolgte ein Rückfall nach einer heftigen Auseinandersetzung mit sei-

ner Frau. Zwangsgedanken traten wieder auf, sie blieben ihm diesmal nicht gleichgültig. Wegen der familiären Situation ist er verzweifelt und findet fürs erste nicht die Kraft, die Intention anzuwenden. ("Warum soll ich paradox intendieren, wenn alles sinnlos ist und mich die Familie ausstoßen will?") -
In einer Aussprache Klärung der familiären Situation, Besprechung des Gefühles der Sinnlosigkeit im Sinne der Logotherapie. Weiteres Training der Paradoxen Intention. -
Nach zweiwöchentlicher Kontrolle kann dem Patienten seine alte Sicherheit und weitgehende Unabhängigkeit von den Zwangsgedanken wiedergegeben werden. - Gelegentliche Rückfälle kommen bei Herrn H. vor, können aber nach einigen Sitzungen behoben werden. Der Patient wurde angehalten, sofort zum Arzt zu kommen, wenn er glaubte, es gehe ihm schlechter.
Im 7. Monat sagte er, seine Gedanken seien "wie weggeblasen", nur in der Hetze der Großstadt und bei körperlicher Überanstrengung würden sie wiederkommen. In solchen Situationen könne er eine "Kurzform" der "Paradoxen Intention" anwenden, so zwar, daß er sich an die letzte Aussprache mit dem Arzt erinnere, was ihm Kraft gäbe, über seine Zwangseinfälle hinwegzukommen. Finde er dagegen Zeit und Ruhe, so könne er sehr wohl richtig formulieren. - Allerdings haben manche seiner Formulierungen nichts mit "Paradoxer Intention" zu tun, helfen ihm aber anscheinend auch über eine schwierige Lage hinweg. So erzählte er folgende Begebenheit: nach einem übereilten Einkauf in einem Warenhaus kommt ihm der Gedanke, er könnte nicht bezahlt haben und müsse unbedingt zurück, um sich zu vergewissern, ob seine Bezahlung ordnungsgemäß verlaufen sei. Vor dem Eingangstor habe er lange gezögert, ob er zurückgehen solle, oder ob das nur wieder "so ein dummer Gedanke" sei. Nach längerem "Hin und Her" sei er weitergegangen und habe sich gedacht: "Ach was, die Leute da drinnen sind so reich, was macht das schon, wenn ich armer Teufel einmal nicht bezahlt habe... Außerdem ist das ja sowieso nur wieder ein "dummer Gedanke", der mich ärgern will."
Über das Wochenende konnte ihm ein Posten als Reiseleiter beschafft werden. Diesen Beruf liebte er sehr. Nach der Fahrt - es war seit Jahren seine erste Reise außerhalb Wiens - erzählte er, es sei ein großer Erfolg für ihn gewesen: "Ich kann jetzt jede Situation meistern, meine Gedanken lassen mich kalt."
Ende des 7. Monats ging er mit seiner Familie in Urlaub, den er - nach eigenen Angaben - beschwerdefrei verbrachte. Daraufhin erschien er 3 Monate nicht zur Behandlung. Wie er angab, habe er sich wohlgefühlt und keinen Arzt benötigt. Die "Paradoxe Intention" hatte er während dieser Zeit nicht anwenden müssen.
Im 10. Monat starb sein Vater. Nach diesem Ereignis traten Depressionen und

Zwangsgedanken wieder auf. Familiäre Zwistigkeiten und Erbstreitigkeiten kamen hinzu. Nach seinen Zwangseinfällen befragt, teilte er damals mit: kurz nach dem Tode seines Vaters habe die Gattin beiläufig erwähnt: "Ich möchte mich nicht begraben lassen, ich lasse mich lieber verbrennen. Die Ärzte untersuchen so ungenau. Wer weiß, ob man überhaupt richtig tot ist, am Ende wird man noch lebendig begraben." Von diesem Augenblick an herrschte in ihm der Gedanke vor, der Vater könnte scheintot gewesen und lebendig begraben worden sein. Doch er betont ausdrücklich: "Ich lebte drei Monate lang ohne Zwangsgedanken, das war bei mir noch nie der Fall. Nach dem Tode meines Vaters kamen sie wieder, doch waren sie im Gegensatz zum Vorjahre erträglich." -
Der Patient erschien nach dreimonatiger Abwesenheit wieder zur Behandlung. Die Anwendung der "Paradoxen Intention" mißglückte ihm mehrmals. Es wurde eine nochmalige stationäre Behandlung beschlossen, um ein Training mit dem Arzt zu ermöglichen. Die Aufnahme in die Klinik verzögerte sich, da längere Zeit kein Bett frei wurde. Er war auch weiterhin unfähig, die Methode anzuwenden.

Beinahe 1 Jahr nach der ersten Behandlung wurde er nochmals stationär aufgenommen. Er bot folgendes Bild: Ehezwistigkeiten, Erbstreitigkeiten, der Tod des Vaters und die lange Wartezeit belasteten ihn sehr. Seine vorherrschenden Zwangsgedanken waren damals, sein Vater sei scheintot begraben worden; gleichzeitig tauchte seine alte Befürchtung wieder auf, er könnte anderen Menschen die Augen eingedrückt haben. "Diese Gedanken sind ja nichts Neues für mich. Als "alter Zwangsneurotiker" kenne ich sie schon. Aber ich bin nicht mehr fähig, sie einfach hinzunehmen, was mir vor einigen Monaten noch gelungen ist", argumentierte er. In der Klinik berichtete er täglich von den verschiedenen Zwangsgedanken, z. B. er könnte die Türe zum Operationsaal versperrt und die Instrumente infiziert haben.
Die zweite stationäre Behandlung verlief unter ungünstigen Bedingungen: der Kranke vertrug sich schlecht mit seinen Mitpatienten. Angeblich hatten sie ihn nachts bis zu zwanzigmal geweckt, weil er schnarchte. "Sie sprachen über Selbstmord und andere traurige Dinge", beklagte er sich. Er glaubte, er könnte auch Selbstmord begehen. An ein offenes Fenster getraute er sich nicht zu treten; er fürchtete hinunterzuspringen. - Nach einer Woche ging der behandelnde Arzt in Urlaub (eine andere Lösung war innerhalb des Klinikbetriebes nicht möglich). Der Neurotiker verlor auf diese Weise die Hilfe des Arztes, die er in diesen Wochen nötig gehabt hätte. Geglückte Formulierungen konnte er jedoch - wie im Vorjahr - bilden. Man glaubte aber zu bemerken, er würde nur seine "Sprücherl herunterleiern", aber keineswegs ernsthaft intendieren. Nach dem Grund seines Versagens befragt, antwortete er: "Ich habe einfach nicht den Mut und die Kraft, mei-

ne Gedanken "links liegen zu lassen", ich kann mich zur Zeit mit ihnen nicht aussöhnen, noch viel weniger kann ich eine andere Einstellung zu ihnen finden... Der Kranke wurde auf eigenen Wunsch vorzeitig entlassen und nach Rückkehr des Arztes die Behandlung ambulant weitergeführt.
Nach Aussage des Patienten hätten seine Zwangsgedanken nach dem zweiten Krankenhausaufenthalt nicht nachgelassen. Zwangshandlungen traten aber nicht auf. Diese sind schon nach der ersten stationären Behandlung ausgeblieben. Es sei ihm zwar der Gedanke gekommen, anderen die Augen eingedrückt zu haben, aber sich deswegen ständig umdrehen - wie früher - mußte er nicht. - In einem späteren Gespräch glaubt er, den geringen Erfolg des zweiten Krankenhausaufenthalts vor allem auf das Fehlen des Arztes zurückführen zu müssen. (... "Wenn Dr. K. dagewesen wäre, hätte ich es bestimmt geschafft.")
Von den letzten drei Monaten (13. bis 15. Monat) bleibt zu erwähnen: nach anfänglichen Schwierigkeiten - der Kranke machte längere Zeit einen apathischen und reaktionslosen Eindruck - gelang wieder die Anwendung der Paradoxen Intention unter höchstem persönlichen Einsatz des Arztes. Das Befinden des Patienten besserte sich zusehends. Seine Zwangseinfälle verloren für ihn erheblich an Bedeutung, er konnte sogar wieder mit seiner Familie in Urlaub fahren.

5. Epikrise des Patienten H. : (aufgenommen 15 Monate nach Behandlungsbeginn).

Da der Bericht dieser Krankengeschichte nach 15 Monaten aus Zeitgründen abgebrochen werden mußte, kann eine Epikrise im Sinne eines Endurteils über das Befinden eines Patienten nach einer abgeschlossenen Therapie - wie es bei den vorhergehenden drei Fällen eher möglich war - nicht gegeben werden.
Aus dem Schweregrad der Erkrankung läßt sich ersehen, daß die Behandlung weitergeführt werden muß. Patient H. wird noch längere Zeit psychotherapeutisch betreut werden müssen. Es ist bekannt, daß schwere Anankasten immer wieder rückfällig werden können. Eine ständige "ärztliche Nachhilfe" ist daher notwendig, um ihnen das Leiden erträglich zu machen. Ohne auf seine diversen Zwangsgedanken einzugehen, soll in folgender Epikrise nur von dem Allgemeinbefinden des Kranken berichtet werden, weil damit der Behandlungserfolg aufgezeigt werden kann: Herr H. hat die gesamten 14 Monate gearbeitet und die Arbeitsstelle nicht mehr gewechselt. Er wurde durch seine Zwangseinfälle nicht mehr an der Berufsausübung gehindert. Das Verhältnis zu Frau und Kindern hat sich weitgehend normalisiert bis auf die bereits geschilderten Schwierigkeiten. Obwohl seine Zwangsgedanken zeitweise wieder auftraten, kam es

zu ausgesprochenen Zwangshandlungen nicht mehr. Zum Schluß muß vor allem betont werden, daß er es gelernt hatte, auf eventuell noch aufkommende Zwangsgedanken völlig gleichgültig zu reagieren. Er wurde im täglichen Leben nicht mehr von ihnen behindert und verstand sehr wohl, zwischen seinen Zwangsimpulsen und jeder gesunden Intention zu unterscheiden.

Der folgende kasuistische Beleg ist als ein Grenzfall zu betrachten. Die Krankengeschichte soll nicht nur von der Behandlung mit "Paradoxer Intention" bei einem zweimal leukotomierten Zwangsneurotiker berichten. Sie ist auch aus einem weiteren Grunde erwähnenswert: bisher waren in der Literatur nur Fälle bekannt, bei welchen die "Paradoxe Intention" nach vorausgegangener Persuasion gestartet wurde. Der Fall Patient T. ist nun insofern lehrreich, als diesmal die Methode nach vorausgegangener larvierter Suggestion eingeleitet wurde.

Patient T. :

Alter: 31 a
Beruf: Schankwirt.
Diagnose: Zwangsneurose.

1. Kurze Charakteristik des Patienten T. :

Der großgewachsene Mann erscheint apathisch, affektlos und niedergeschlagen. Seine Kleidung ist wenig gepflegt, er schwitzt an den Händen. Teilnahmslos sitzt er auf dem Stuhl. Er beantwortet Fragen lückenhaft und ungenau. Sein sprachlicher Ausdruck ist holprig und unbeholfen. Der Patient kennzeichnet sich als pedantisch, jähzornig und nachtragend. Früher sei er ein aufgeschlossener Mensch gewesen, jetzt finde er sich verschlossen, melancholisch und mißtrauisch. Er habe keine Freude am Leben, es habe ihm ja nichts zu bieten. Mit Selbstmordabsichten habe er sich aber nicht abgegeben. Der Kontakt zu seinen Mitmenschen

sei allmählich erloschen. Infolge seiner Erkrankung habe er sich zurückgezogen und wolle allein sein. Am liebsten würde er fernsehen, ins Kino gehen und Schicksalsromane lesen.
Die Untersuchungen des Fachpsychologen ergaben folgendes Bild: der Patient ist als intellektuell unterbegabt im Sinne einer Grenzdebilität zu bezeichnen; IQ = 85. Jetzt mögliche Hirnleistungsschwäche leichtesten bis leichteren Grades. Im projektiven Persönlichkeitstest (Rorschachtest) Hinweise auf eine depressive Persönlichkeit mit neurotischen (anankastischen) und neurasthenischen Zügen. Auffällig starker Aggressionsdruck nach innen, vielleicht auch eine suicidale Bereitschaft. Organisches Psychosyndrom angedeutet (Perseverationsindikator = 77%). Allgemeine Unzufriedenheit mit sich selbst. Etwas schizoid, aber kein sicheres Bild einer schizophrenen Psychose. Suggestibilitätsbereitschaft im Rahmen der altersgemäßen Norm.

2. Anamnese des Patienten T. :

Die Mutter sei gemütskrank, der um 15 Jahre ältere Vater jähzornig gewesen. Häufige Streitereien der Eltern waren an der Tagesordnung. Der Kranke wuchs als Einzelkind sehr zurückgezogen und kontaktarm auf. - Er absolvierte die Volksschule. Herr T. kann sich erinnern, ihn hätten vom 13. Lebensjahr an periodenweise die verschiedensten Gedanken gequält. Nach einiger Zeit seien sie verschwunden, dafür aber neue aufgetaucht. Mit 14 Jahren habe er immer an ein Mädchen denken müssen und geglaubt, er könnte es geschwängert haben, ohne daß jemals ein Verkehr stattgefunden hatte. Zu dieser Zeit bildete er sich ein, er müsse sich die Hände waschen, sonst könnte er sterben. Oder er war der Überzeugung, er sei schuld an dem Tode eines Bauern. "Immer, wenn jemand gestorben war, glaubte ich, der Schuldige zu sein", so formulierte Herr T. Auch nach dem Tod seiner Mutter hielt er sich für daran schuldig. Während der Berufsausübung verließ ihn der Gedanke nicht, er würde Teller zerbrechen, Wein verschütten und der Firma Schaden zufügen, obwohl er als gewissenhafter Schankwirt beliebt war.
Nach dem Tod der Mutter mußte sich der Achtzehnjährige selbst durch das Leben schlagen. Der Vater kümmerte sich nicht um ihn. 1954 Übersiedelung in eine Großstadt. Dort begab er sich erstmalig in nervenärztliche Behandlung, die erfolglos blieb. Von 1954 bis 1960 in 8-tägigen Abständen in ärztlicher Behandlung. Seine Zwangsgedanken, er könnte seinem Arbeitgeber Schaden zufügen, traten häufiger auf. - Damals hatte er ein Verhältnis mit einem Mädchen. Er erzählt, er habe das Mädchen so sehr gequält, weil er jede Einzelheit aus

seinem Vorleben wissen wollte, bis die Verlobung wieder gelöst wurde. An diesem Erlebnis sei er innerlich zerbrochen. - 1960 erste Einweisung in eine Nervenklinik. Zu Beginn des Aufenthaltes beschäftigte ihn noch das Mädchen. Dann trat der Gedanke, er könnte in der Klinik Schaden angerichtet haben, in den Vordergrund. Die Behandlung erfolgte vorwiegend medikamentös und mit Elektroschocks. Nach 2 1/2 Monaten wurde er entlassen. Seine Gedanken seien nicht gewichen, gibt er an. Von 1960 bis 1963 wiederum ständige nervenärztliche Behandlung. 1963 erneute Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Nach Behandlung mit Insulinschocks keine Besserung. Nach Entlassung nahm er seine Arbeit wieder auf, aber "mit meiner Arbeit ging es immer mehr bergab", seufzt der Patient. - Seine Zwangsgedanken wechselten häufig: beim Einkaufen glaubte er, Waren gestohlen zu haben, im Bad hatte er den Eindruck, als liefe er nackt umher. Er mußte ständig seine Badehose kontrollieren. An der Arbeitsstelle meinte er, er ließe unnötig Wasser laufen, oder er habe abhandengekommenes Besteck gestohlen. 1964 nochmaliger dreimonatiger Aufenthalt in einer Nervenklinik. Keine wesentliche Besserung. Es quälte ihn der Zwangsgedanke, er könnte Patienten bestohlen oder Geschirr entfernt haben. Dort hörte er von einer Operation, die ihm helfen könnte : Leukotomie. - Im Dezember 1964 wurde er leukotomiert. Er behauptet, nach der Operation sei keine Besserung eingetreten. Seine Gedanken seien nach wie vor den ganzen Tag unerträglich gewesen. - Im März 1965 zweite Leukotomie; auch sie sei erfolglos gewesen. Herr T. wurde völlig arbeitsunfähig. Nochmalige Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. --

"Meine Zwangsgedanken beherrschten mich derart, daß jeder Ablenkungsversuch mißlang. Ich ging spazieren, bummelte durch die Stadt, besuchte Tanzlokale, nur um auf andere Gedanken zu kommen. Aber nichts half mir", so schilderte der Kranke seinen damaligen Zustand und fügte hinzu: "Momentan bin ich verzweifelt, ich weiß nicht mehr, was ich tun soll. Ich habe direkt Angst vor meiner Krankheit. Ich muß ja verrückt werden ("narrisch werden"),und die Leute müssen denken, ich bin dumm und ganz verblödet. ... für mich gibt es keine Hilfe mehr."

Mit der Diagnose "schwere Zwangsneurose" wird er auf die Neurologische Station überwiesen.

3. Stationäre Behandlung des Patienten T. :

Nach einer siebentägigen organischen Durchuntersuchung, deren Ergebnis negativ verlief, startete die psychotherapeutische Behandlung. Sie begann vorerst in Form eines allgemein gehaltenen Gespräches. Es wurde versucht, das Mißtrauen des Pa-

tienten zu durchbrechen, seine Affektlosigkeit zu beseitigen und eine Vertrauensbasis zwischen ihm und dem Arzt herzustellen. Schon nach den ersten Sitzungen wurde klar: es war aussichtslos, bei dem von mehreren Kliniken aufgegebenen, zweimal leukotomierten Patienten (IQ = 85) ein völliges Freiwerden von seinen Symptomen erreichen zu wollen. Ziel der Therapie mußte vorerst die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit und die Verminderung des Krankheitswertes seiner Zwangssymptome sein.

Während weiterer Gespräche wurde deutlich: der Patient war unfähig, das Wesen der Methode zu verstehen. Man hatte den Eindruck, als würde er zu den Ausführungen des Arztes nur verständnislos "Ja und Amen" sagen. Der Arzt beschränkte sich auf das Vorsprechen und Vorspielen der "Paradoxen Intention". Der Patient sprach - vorerst nur zögernd - die Formulierungen nach, etwa: "Ich werde einfach nackt umhergehen. Wem ich nicht gefalle, der soll wegschauen. Den anderen wird es sowieso ein Vergnügen bereiten." Nachdem der Arzt Herrn T. einige Formulierungen dieser Art nachsprechen ließ, belehrte er ihn, wie er diese selbst bilden könne. Obwohl sie mit dem Patienten mehrere Tage geübt und ihm die Behandlungsart eingehend erklärt wurde, hatte man immer noch den Eindruck, als hätte er den tieferen Sinn der Behandlung nicht erfaßt.

Am 12. Tag berichtete er, er habe die Formulierungen manchmal gesprochen, es ginge ihm aber keineswegs besser. So habe er heute einen Geldbrief erhalten, den ihm Herr L. aushändigte. Nun sei er der Meinung, er habe Herrn L. das Geld gestohlen. - Dr. Kocourek spielte ihm unermüdlich vor, wie er sich im Sinne der "Paradoxen Intention" zu verhalten habe: "Sie hätten nun intendieren müssen: "So, jetzt habe ich Herrn L. bestohlen. Recht so!... Ich werde weiter stehlen... Die ganze Welt werde ich bestehlen... ." Der Patient antwortete: "Ich habe so eine ähnliche Formulierung versucht, aber es quälte mich derart, es war nicht auszuhalten. Ich ängstige mich, tatsächlich etwas Unerlaubtes ausführen zu können." - Der Arzt erwiderte ihm, Zwangsneurotiker seien nie in der Lage, ihre Gedanken in die Tat umzusetzen. Er könne die "Paradoxe Intention" mit ruhigem Gewissen anwenden, er würde dabei nichts anrichten. ("Persuasorische Vorphase", siehe Patient H. und "Theorie und Therapie der Neurosen", S. 70 - 71 ; und "Psychotherapie in der Praxis", S. 120). Die zur Überwindung seiner Angst vor der Ausführung des Zwangseinfalles gebildete Formulierung lautete: "Ich werde mich von meinen Gedanken gehörig martern lassen... Den armen alten L. habe ich bestohlen, das war recht so... Nur weiter so ! ... Ich kann mir diesen Satz ruhig vorsprechen und ihn beabsichtigen wollen, ich habe ja eine Zwangsneurose. Der Arzt übernimmt die

Garantie für mich, daß ich die Gedanken nicht wirklich ausführe." Um die Formelbildung und Intention weiter zu üben, fragt der Arzt: "Was geschieht, wenn Sie diese Formel sprechen?" Patient: "Mir wird heiß, ich bekomme Angst." Arzt: "Gut, dann bilden Sie die nächste Formulierung: Noch heißer soll mir werden, noch mehr Angst soll ich bekommen." Der Patient spricht kopfschüttelnd den Satz nach. Er greift sich an den Hals, als wollte er sich von einer Umklammerung befreien und sagt beunruhigt: "Mir wird übel."
"Wie muß nun Ihre Formulierung lauten?" fordert ihn der Arzt freundlich auf. - "Prima, noch viel schlechter soll mir werden", antwortet der Patient spontan. Arzt: "Sehen Sie, so müssen Sie mit Ihrer Angst umgehen lernen. Das müssen wir nun täglich üben, damit Sie sich an die Intention gewöhnen und ein völliges Umdenken lernen."
Am 16. Tag teilte Herr T. mit, er könne schon sehr gut Formulierungen bilden, ein Nachlassen seiner Einfälle sei aber nicht zu bemerken. Heute glaube er, er sei unfähig, die deutsche Sprache zu verstehen; ("die sprechen hier alle eine ausländische Sprache, ich kann sie nicht verstehen... Ich kann sie nicht verstehen, darum kann ich auch nicht gesund werden... Ich glaube, ich bin nicht richtig normal, mein Verstand macht nicht mehr richtig mit.")
Ein weiteres Ereignis macht nochmals die Bedeutung der Formulierungen klar: Wie es FRANKL einmal am Krankenbett jungen Ärzten erklärte, muß sich der Arzt - um die richtige Formulierung zu finden - in das Zentrale seines Patienten einleben, muß seine Sprache sprechen, muß in seine Gedanken "hineinschlüpfen", sich auf dieselbe Ebene mit dem Patienten stellen, erst dann kann der richtige Ausdruck für die Intention gefunden werden. - Patient T. glaubte damals, als er auf der HNO - Station einen Sterbenden sah, er sei schuld an dessen Tod. FRANKL spielte ihm nun die "Paradoxe Intention" vor: "Schauen Sie, so müssen Sie mit Ihren Zwangsvorstellungen spaßen: Was, da ist schon wieder so eine Zwangsvorstellung? - Aha, die kennen wir schon: Ich bin wieder einmal schuld am Tode dieses Mannes. - Ach Gott, nicht nur einmal bin ich schuldig, sondern tausendmal bin ich schuldig. Ich habe schon so viele getötet, einer mehr oder weniger, das spielt jetzt keine Rolle mehr. Morgen werde ich gleich zum Staatsanwalt gehen und werde mich selbst bei ihm anzeigen: Grüß Gott Herr Staatsanwalt, werde ich sagen, was, Sie kennen mich noch gar nicht? ... Ich bin der Massenmörder Johann... - Verstehen Sie, Herr T., so müssen Sie mit Ihren Zwangsgedanken umgehen, dann werden wir nicht daran zweifeln, daß es Ihnen von Tag zu Tag leichter gelingen wird, über Ihre Ideen hinauszuwachsen und sie mit einem "Witzwort" beiseite zu schieben."
Die bisher beschriebenen Behandlungsphasen stellen noch nicht den Eintritt in die

eigentliche Behandlung dar. Es stellte sich immer wieder heraus, daß der Patient das Intendieren noch nicht zu meistern verstand. Diese Phasen sind als Vorbehandlungen aufzufassen, durch deren tägliches Training dem Patienten eine gleichgültige und humorvolle Haltung gegenüber seinen Zwangsvorstellungen ermöglicht werden sollte. Eine deutliche Auflockerung war nach diesen Vorstadien zu bemerken. Der Zwangsneurotiker war bereits in der Lage, nicht mehr gegen seine Ideen anzukämpfen. Er brachte es fertig, sich gemäß seiner Formulierung zu verhalten: "Gut, jetzt sind die Gedanken nun einmal da, so schnell werde ich sie bestimmt nicht los werden, ... geh' n ma' halt nun einmal leiden..."

Da die logotherapeutische Anbehandlung während einer eineinhalbmonatigen intensiv geführten Therapie erfolglos blieb und eine medikamentöse Unterstützung - in der Hoffnung, daraufhin würde die "Paradoxe Intention" "aufgehen" - ebenfalls nicht ansprach, wurde die Behandlungsart geändert.
Nach Beratung erschien ein Durchsetzen der "Paradoxen Intention" mit Hilfe eines larvierten, suggestiven Vorstadiums als die Methode der Wahl. --- Dem Patienten wurde eine physiologische Kochsalzlösung als ein "seltenes, neu entwickeltes Sandoz-Präparat" gespritzt, welches ihm helfen sollte, paradox zu intendieren, das Gefürchtete herbeisehnen und eine gelassene Haltung zu seinen Vorstellungen einnehmen zu können. Nur müsse er, so wurde betont - diese Erleichterung nützend - sofort mit der Intention beginnen; genauso, wie er es gelernt habe und wie es schon seit langer Zeit geübt werde.
Sofort nach der Injektion spricht der Arzt die Formulierungen, spielt ihm die ironisierende, humoristische Haltung gegenüber seinen Zwangsideen vor und trainiert mit ihm: "Gut ich habe das angestellt, ist in Ordnung. Dann habe ich es angestellt... jetzt werde ich gehen, verrückt zu werden... jetzt werden wir (Arzt und Patient) stehlen gehen. Stehlen werden wir beide, bis nichts mehr in der Klinik ist..." Diese larvierte Suggestionstherapie wurde noch einige Male wiederholt, unmittelbar darauf ein forciertes Training der "Paradoxen Intention" angeschlossen, das öfter mit Ausgängen kombiniert wurde. -- Nach einigen Tagen reagierte Herr T. zum ersten Male nicht so unbeholfen auf die Formulierungen. Er verstand es, mit ihnen umzugehen, konnte weitere bilden und meinte, er wisse nun endlich, was der Arzt unter einer "gelassenen Haltung" verstehe. In der darauffolgenden Woche vermeinte der Patient, eine Erleichterung zu verspüren, so zwar, daß er über seine Zwangsvorstellungen leichter hinwegkomme. - Tägliches Üben der "Paradoxen Intention" - Wieder eine Woche später: seine Gedanken seien nicht mehr so quälend, er verspüre eine Besserung. Er behauptete, sie würden für ihn an Bedeutung verlieren.

In der neunten Woche war der Patient so weit, daß er wieder eine Arbeit aufnehmen konnte. Seine Zwangsgedanken und Zwangshandlungen tauchten zwar noch zeitweise auf, waren für ihn aber nun erträglich. ("Ich kann sie aushalten und will wieder arbeiten.") Der Arzt besorgte dem Patienten eine geeignete Arbeitsstelle, an der auf seine Erkrankung Rücksicht genommen werden konnte. Durch die tägliche Arbeit sollte - im Sinne der Dereflexion - eine weitere Überwindung seiner Zwangssymptome ermöglicht werden. Der Patient mußte täglich in der Sprechstunde erscheinen. Dort wurde die Intention für seine Arbeitsstelle geübt und sein Verhalten während der Arbeitszeit und zu den Mitarbeitern besprochen.

Leider kann der weitere Verlauf der Behandlung von Herrn T. nicht mehr geschildert werden:
Der Patient hat die Arbeit sofort aufgenommen, ist aber nach kurzer Zeit - aus unbekannten Gründen - in eine andere Stadt abgereist. Weitere Einzelheiten über ihn zu erfahren, war - trotz Bemühens - nicht möglich. Es wurde nur bekannt, daß Herr T. auch dort einer regelmäßigen Arbeit nachgeht.

KAPITEL III :

Die "Paradoxe Intention" und ihr Verhältnis zu Persuasions- und Suggestivverfahren und zu den Behandlungsmethoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie".

In diesem Kapitel soll - auf Grund von Beobachtungen, die während der Behandlung gemacht werden konnten - die "Paradoxe Intention" mit anderen nicht-psychonanalytischen Behandlungsverfahren verglichen werden, um eine genauere Vorstellung davon zu geben, welche Gemeinsamkeiten die logotherapeutische Behandlung mit nicht-psychoanalytischen Methoden aufweist.

In der Literatur wird die "Paradoxe Intention" häufig mit Persuasions- und Suggestivverfahren verglichen. EWALD stellt 1950 fest, daß es sich - im Falle der "Paradoxen Intention" - um eine Form der Persuasionsmethode nach DUBOIS handelt (59). BECKER bezeichnet die Logotherapie als eine "maskierte Suggestionstherapie" (60). STROTZKA behauptet, die "Paradoxe Intention" entspäche "technisch weitgehend" der alten Persuasion (61). STOKVIS schließt sich nicht ganz der Meinung von Becker an, wenn er schreibt: "Die paradoxe Intention ist nicht nur Suggestion, doch steht sie ihr recht nahe" (62).

Neben GERZ und TWEEDIE verneint vor allem LEBZELTERN die Frage, ob die "Paradoxe Intention" mit der alten Persuasionsmethode identisch sei. LEBZELTERN geht in seinen Ausführungen von STOKVIS' Behauptung aus, daß die Persuasion (nach DUBOIS) die Methode sei, "durch logische Argumente den Patienten zu überreden und zu überzeugen, die Methode also, die schon von Sokrates ausgeübt wurde, und die in Form der "Logotherapie" (von Weizäcker, Frankl) eine neuerliche Wiederauferstehung erlebte" (63). Hätte nun STOKVIS recht -argumentiert LEBZELTERN - müßten sich alle Fehler, die STOKVIS an der DUBOIS'schen Methode rügt, auch bei FRANKLs "Paradoxer Intention" nachweisen lassen. Von diesen Fehlern wäre besonders der zu erwähnen, daß die therapeutische Wirkung der Denkvorgänge überschätzt wird, "während die wichtigeren affektiven Faktoren negiert werden" (63, S. 69). "Dieser Vorwurf trifft die "Paradoxe Intention" in keiner Weise" (64), schreibt LEBZELTERN eine Behauptung, die auch den Beobachtungen des Referenten entspricht. Verfolgt man nämlich längere Zeit eine Behandlung mit "Paradoxer Intention", so stellt man

fest, daß der Arzt eigentlich nur ausnahmsweise "dem Patienten mit der Logik kommt". Gewiß, manchmal mußte KOCOUREK einem Phobiker etwas "logisch erklären". Das war beispielsweise der Fall, als Patient P. ständig befürchtete, er könnte an einem Herzinfarkt sterben - trotz mehrmaliger negativer EKG-Befunde. Da mußte ihm der Arzt ja auseinandersetzen, daß auf Grund der EKG-Befunde seine Furcht sachlich unbegründet sei. Aufklärungen ähnlicher Art konnten - besonders zu Behandlungsbeginn - öfter festgestellt werden; keineswegs aber irgendwelche "logischen Argumentationen oder Diskussionen" [2] zwischen Arzt und Patient, die dann auf dem Wege der "reinen ratio" (DUBOIS) zur Heilung führen sollten. Derartige Aufklärungen sind an sich von therapeutischem Nutzen - in der gesamten Behandlung jedoch von untergeordneter Bedeutung - und machen keineswegs das Wesen der "Paradoxen Intention" aus. Wie sehr andererseits gerade "affektive Faktoren" in der "Paradoxen Intention" eine Rolle spielen, wird vollends klar werden, wenn auf den Zusammenhang von "Paradoxer Intention" und den Methoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie" aufmerksam gemacht wird.

Eine weitere Beobachtung spricht ebenfalls gegen eine Persuasionsbehandlung : während einer Persuasionsbehandlung würde der Arzt dem Patienten u. a. sagen: "Sie werden gesund werden... es kann Ihnen nichts geschehen, Sie müssen nur Vertrauen haben, usw...." Der im Sinne der "Paradoxen Intention" instruierte Patient dagegen geht mit der Absicht weg, es solle ihm nur alles Mögliche passieren, es s o l l e ihm schlecht werden usw.; und was das Wichtigste dabei ist: er begibt sich auch in die Situation, vor der er sich früher ängstigte. In phobischen Fällen erfordert die Praxis der "Paradoxen Intention" nämlich, daß der Patient - während er paradox intendiert - die angstprovozierende Situation aufsucht.

Was nun die Frage betrifft, inwiefern die "Paradoxe Intention" einer Suggestivbehandlung gleichkommt, so wäre folgendes zu erwähnen: GERZ ist der Auffassung, die "Paradoxe Intention" an sich habe mit Suggestion wenig zu tun, eigentlich stelle sie eher das Gegenteil von Suggestion dar (6); LEBZELTERN wieder ist der Ansicht, es handle sich bei der Annahme, die "Paradoxe Intention" sei mit einer Suggestionsmethode identisch, um eine Fehlauffassung (64). Beide Behauptungen können durch folgende Beobachtungen gestützt werden :

---

2) Wahrscheinlich ließe sich die Fehlauffassung, L o g o therapie sei eine Persuasionsmethode, vermeiden, wenn man bedächte, daß L o g o s bei FRANKL ja nicht: "WORT", oder "VERNUNFT" u. dgl. bedeutet, sondern "GEIST" und "SINN".

Bei manchen Patienten konnte man zu Behandlungsbeginn Anzeichen von "antisuggestiven Momenten" bemerken. Die meisten Patienten sind zu Beginn sogar ausgesprochen skeptisch gegenüber der Methode und glauben gar nicht an deren Erfolg. (Ein Patient sagte sogar einmal - einige gelungene Wiener Kraftausdrücke gebrauchend - : "So a Blödsinn, damit soll ma' g'sund werd'n ?"). Und häufig gehen die Kranken auch mit großer Angst weg, wenn sie aufgefordert werden, paradox zu intendieren und die Übungen durchzuführen. Sie meinen: "Mit so etwas können Sie mir meine Angst doch nicht nehmen, Herr Doktor, ... das kann doch nicht helfen!" Erst, nachdem sie die Intentionen einmal oder mehrere Male geübt haben, bemerkt man bei ihnen Anzeichen von Erleichterung. Dann kommen die Patienten zum Arzt und sagen: "Ich kann es kaum glauben, es hat doch gewirkt". Ein gutes Beispiel dafür ist Patientin U.. Ein Auszug aus ihrer Krankengeschichte soll das Gesagte belegen:

> Sofort nach dem erstmaligen Versuch kommt sie zur Besprechung zum Arzt. Dort meint sie, der Effekt sei für sie völlig überraschend. Sie habe anfangs nur mit Widerwillen die Formulierungen gesprochen und dabei noch starke Angst verspürt in der Meinung, ihre Angst könnte sich durch dieses Tun nur vergrößern. Erst als sie mehrmals die Übungen wiederholt hatte, habe sie bemerkt, wie sie mit diesen Formulierungen und ihrem Verhalten ihre Befürchtungen zu meistern vermochte. Sogar zum Geländer sei sie gegangen. Sie sei fähig gewesen, sich anzulehnen, ohne dabei Furcht zu empfinden. Mit eigenen Worten schildert sie ihr Erlebnis: "Als ich oben stand und mir sagte : "So, jetzt spring' ich halt' mal hinunter, nicht nur einmal, sondern gleich fünfzigmal, jetzt will ich doch einmal sehen, was mir passieren wird', konnte ich mir nicht vorstellen, daß mit so einem 'Blödsinn', dieser Formulierung nämlich, meine Angst verschwunden sein sollte. Ich stand aber tatsächlich am Rande des Geländers, sah in die Tiefe und konnte es kaum glauben, daß ich nach Jahren wieder ohne Furchtgedanken von einem Stiegengeländer hinunterschauen konnte."

Bemerkenswert sind ebenfalls die Untersuchungen des Fachpsychologen. Bei den Patienten U., M., sowie bei Patient T. konnte mit Hilfe des "Rorschach-Versuches" und des "Siderischen Pendels" keine erhöhte Suggestibilitätsbereitschaft festgestellt werden. Bei Patientin M. wurde sogar eine unterdurchschnittliche Suggestibilitätsbereitschaft ermittelt, obwohl sie gut auf die Behandlung ansprach. Auch bei weiteren Patienten, die nicht in dieser Arbeit angeführt sind, wurde in keinem einzigen Fall eine erhöhte Suggestibilitätsbereitschaft nachgewiesen.

Wenn auch die zu geringe Zahl der Untersuchungen natürlich noch keine endgültige Aussage über die Streitfrage ermöglicht, so sprechen die bisherigen Testergebnisse immerhin eher gegen die Annahme, die "Paradoxe Intention" sei im Grunde eine Suggestionstherapie.

Der Unterschied zwischen einer Suggestionstherapie und der FRANKL'schen Methode ergibt sich auch aus den Formulierungen. Während z. B. bei COUE ein Patient die Formulierung spricht : "Mir geht es gut!", gebraucht der im Sinne der "Paradoxen Intention" instruierte Kranke niemals derartige Formulierungen oder Vorstellungen. Einmal sind die Formulierungen FRANKLs nicht allgemeiner Art, wie die COUEs ("Mir geht es gut"), sondern immer ganz spezifisch formuliert. Sie beziehen sich auf die gegebene Situation und auf den konkreten Inhalt der Angst des Patienten (... nur noch schlechter soll mir werden, hier in der Strassenbahn, ... hier werde ich meinen Herzinfarkt bekommen, ...). Zum anderen soll der Kranke sich ja gerade bemühen, es sich nicht besser, sondern schlechter gehen zu lassen. Er soll sich ja wünschen, es möge ihm das alles widerfahren, wovor er sich fürchtete.

Der entscheidende Unterschied zwischen einem Suggestivverfahren und der "Paradoxen Intention" ist aber der folgende: während in der Suggestion der Patient in einer passiven Haltung verbleibt und seine Eigenverantwortung erheblich herabgesetzt wird, mobilisiert der Arzt in der logotherapeutischen Behandlung die Initiative des Patienten. Auch "aktiv autosuggestive und entspannende Übungen" (63, S. 143), zu denen STOKVIS das "Autogene Training" (J. H. SCHULTZ) zählt, sind noch lange nicht so aktiv wie die "Paradoxe Intention". Was in erster Linie den Unterschied zu einer Suggestionsmethode ausmacht, ist also die Umschaltung von einem passiven auf das aktive Verhalten des Patienten. Wie bedeutend dabei im besonderen die Übungen sind, kann man erst ermessen, wenn man die FRANKLsche Methode in der Praxis kennengelernt hat. Jeder Patient trainiert die "Paradoxe Intention" sofort nach der Unterredung beim Arzt. Wenn FRANKL von "Intentionen" spricht, meint er damit nicht ausschließlich solche Intentionen, bei denen der Patient die gefürchtete Situation nur "in Gedanken" beabsichtigt ("... jetzt werde ich einmal tüchtig erröten"). Genau so maßgebend ist nämlich die mit der Intention verbundene Übung. Man muß bedenken : ein Phobiker, der befürchtet, an einem Herzinfarkt sterben zu müssen, sitzt nicht "bequem" im Sprechzimmer des Arztes und intendiert : "... heute werde ich wieder einmal meinen Herzinfarkt bekommen...". Er sucht ja auch die Orte auf, an denen er

vorzugsweise seine Befürchtungen hatte, und intendiert dort "seinen Herzinfarkt". Es lebt demnach der an einer Infarktphobie leidende Patient die angstprovozierende Situation durch. Es gibt im Prinzip keine ausschließlich "gedankliche Intention". Jede Art von "Paradoxer Intention" ist mit einer praktischen Übung kombiniert, die oft stundenlang dauern kann, auch wenn die Unterredung beim Arzt nur kurze Zeit in Anspruch nahm. Diese Tatsache wird von verschiedenen Autoren nicht hinreichend berücksichtigt (BECKER, STROTZKA). Nach Ansicht des Verfassers sind diese Übungen ungleich wichtiger und therapeutisch effektvoller als mögliche Persuasions- oder Suggestiveffekte, die natürlich in diese - wie in jede - Behandlung mit eingehen.

Nun sind Übungen nach Art der "Paradoxen Intention" nichts Neues. Wie GERZ berichtet (6), empfahl schon im Jahre 1911 H. OPPENHEIM mit den Patienten Übungen durchzuführen. "Dies solle derartig geschehen, daß der Arzt mit dem Patienten über offene Felder und große Plätze gehe, damit er auf diese Weise sich an die phobische Situation gewöhne". Neu aber ist, daß FRANKL diese Übungen systematisch in eine theoretisch fundierte und praktisch durchführbare Methode eingebaut hat. Neu ist auch: diese Übungen sind in den Behandlungsplan einer Klinik einbezogen und werden täglich mit einer Anzahl Patienten durchgeführt; ein Verdienst insbesondere von KOCOUREK.

Bei dem Vergleich der "Paradoxen Intention" mit weiteren nicht-psychoanalytischen Verfahren - unter besonderer Berücksichtigung der praktischen Übungen - muß die Parallelle zu den Methoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie" auffallen; einer Schule, die nach GÖRRES (4, S. 8) "interessante und vielversprechende psychotherapeutische Methoden" entwickelt hat. Vertreter dieser reflexologisch-behavioristisch orientierten Richtung betrachten die Neurose und ihre Behandlung rein naturwissenschaftlich unter dem Gesichtspunkt der "bedingten Reflexe". Obwohl Logotherapie und "lerntheoretisch begründete Psychotherapie" von den unterschiedlichsten Vorstellungen über das Menschsein ausgehen und FRANKL seine kritische Einstellung zur behavioristischen Schule betont (Seelsorge, S. 203), betrachtet er einmal die Neurose bewußt aus der Perspektive eines Reflexologen und schreibt dazu:

> Bekanntlich kann man die Neurose in einem gewissen Sinne und mit einem gewissen Recht auch als bedingten Reflexmechanismus auffassen. Allen vornehmlich analytisch orientierten seelenärztlichen Behandlungsmethoden geht es dann vorwiegend darum, die primären Bedingungen

> des "bedingten Reflexes", nämlich die äußere und innere Situation des erstmaligen Auftretens eines neurotischen Symptoms, bewußtseinsmäßig zu erhellen. Wir aber sind der Ansicht, daß die eigentliche Neurose - die manifeste, die bereits fixierte - nicht nur durch ihre primäre Bedingung verursacht ist, sondern durch ihre (sekundäre) B a h n u n g. Gebahnt jedoch wird der bedingte Reflex, als welchen wir das neurotische Symptom jetzt aufzufassen versuchen, durch den Circulus vitiosus der Erwartungsangst! Wollen wir demnach einen eingeschliffenen Reflex sozusagen entbahnen, dann gilt es allemal, die Erwartungsangst zu beseitigen, und zwar in jener angegebenen Art und Weise, als deren Prinzip wir die paradoxe Intention hingestellt haben.

Dies publizierte FRANKL erstmalig im Jahre 1947 (65). Übrigens betont auch GERZ die Notwendigkeit der Bahnung eines neu erlernten Verhaltensmusters, welche besonders durch das Training in der "Paradoxen Intention" erreicht wird; wir lesen:

> ... wobei nicht nachdrücklich genug unterstrichen werden kann, wie sehr es auf eine Art Bahnung des neu erlernten Verhaltensmusters, nämlich der Umstellung im Sinne der paradoxen Intention ankommt. Aber wissen wir denn nicht von der behavioristischen Lerntheorie her zur Genüge, daß jene Umstellung, die dazu bestimmt ist, bedingt-reflektorisches Geschehen aus der Bahn zu werfen, selber und ihrerseits erst gebahnt werden muß ? Hierzu bedarf es eben eines gewissen Trainings (66).

An einer anderen Stelle bespricht GERZ ebenfalls den Zusammenhang der "Paradoxen Intention" mit dem "Behaviorismus":

> Es handelt sich im Falle der paradoxen Intention, wenn man so will, um einen "reconditioning process", was die von uns selbst immer wieder betonte Wichtigkeit verstehen läßt, die paradoxe Intention immer aufs neue zu trainieren, bis schließlich das neurotisch fixierte Reaktionsmuster durch eine Umstellung auf seiten des Patienten entbahnt ist (6, S. 27).

Ähnliches bringt auch MÜLLER-HEGEMANN zum Ausdruck, der in der "Paradoxen Intention" einen neurophysiologisch ausgerichteten Weg sieht (67); ebenso KVILHAUG: "Die Paradoxe Intention ist nicht n u r eine Entbahnung bedingter Reflexe, aber sie ist dies a u c h" (5). Da die zitierten Autoren vorwiegend auf den theoretischen Zusammenhang von "Paradoxer Intention" und der behavioristisch-reflexologischen Auffassungen aufmerksam machen, soll an dieser Stelle die weitgehende Übereinstimmung in der praktischen Durchführung hervorgehoben werden. In

dem Standardwerk behavioristischer Neurosenbehandlungsmethoden, dem von EYSENCK herausgegebenen Buch "Behaviour Therapy and the Neuroses, Readings in modern methods of treatment derived from Learning Theory" findet man diese Behandlungsverfahren beschrieben. Namentlich die Therapie der Autoren WOLPE und MEYER gleicht der (viel früher publizierten) FRANKLschen Technik. WOLPE gibt in seinem Artikel ("Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects", 68) einige anschauliche Beispiele einer psychotherapeutischen Behandlung, die auf den Prinzipien der "reciprocal inhibition" (WOLPE) beruht. Er berichtet u. a. folgenden Fall. Die Krankengeschichte und Behandlung werden gekürzt in deutscher Sprache wiedergegeben, Bemerkungen des Verfassers dieser Arbeit sind in Klammern gesetzt:

> Ein 23-jähriger geschiedener Straßenbahnfahrer betrat das Sprechzimmer in einem akuten Angstzustand. Acht Stunden zuvor war eine Frau in seine langsam fahrende Straßenbahn gelaufen. Sie war gestürzt und hatte am Kopf geblutet. Obwohl ihm ein Arzt mitgeteilt hatte, die Verletzungen der Frau seien nicht ernstlich, wurde der Patient zunehmend nervös und unruhig. Er bekam ernsthafte Magenbeschwerden. - Als der Patient 13 Jahre alt war, starb sein Vater nach einem Unfall. Seit dieser Zeit ängstigte er sich vor menschlichem Blut. Sogar ein einziger Blutstropfen -z. B. beim Rasieren- konnte ihn beunruhigen. Tierisches Blut dagegen ließ ihn völlig gleichgültig. Er hatte beim Schlachten von Ochsen zugesehen und selbst Hühnern die Kehle durchgeschnitten. Es war offensichtlich - führt WOLPE weiter aus - die übertriebene Reaktion auf den Unfall war seiner Phobie vor menschlichem Blut zuzuschreiben. Die Überwindung dieser Phobie war das Hauptziel der Behandlung.
> Nun die von WOLPE beschriebene Therapie: die ersten 5 Sitzungen waren darauf beschränkt, die Persönlichkeit des Kranken kennen- und verstehenzulernen und seinen augenblicklichen Erregungszustand durch eine hypnotisch (!) eingeleitete Entspannung zu überwinden. Während der 5. Sitzung berichtete er, er fühle sich wohl. Er wurde angehalten, wieder eine Straßenbahn eine kurze Strecke zu fahren. (Genau wie in der "Paradoxen Intention" die tatsächliche und wiederholte Aufsuchung der Situation, auf die der Patient mit Angstgefühlen reagierte; es muß jedoch erwähnt werden, daß die logotherapeutische Methode im Prinzip nicht mit Hypnose arbeitet). Das führte er am selben Tag aus, ohne daß sich irgend ein negativer Effekt zeigte. In der 6. Behandlungsstunde wurden verschiedene Situationen arrangiert, die den Kranken mit menschlichem Blut konfrontierten. Von diesem Zeitpunkt an wurde der Patient - während er sich

in einem Stadium hypnotischer Entspannung befand (hier: der Unterschied zur "Paradoxen Intention") - aufgefordert, sich "blood situations" vorzustellen. (Man beachte die Parallelle zu FRANKLs Methode, bei der sich der Kranke ebenfalls die gefürchtete Situation bewußt vorzustellen hat). Diese "blood situations" wurden ihrer Stärke nach geordnet. Die schwächste dieser "situations" war die: ein kleines blutgetränktes Tuch, das in einem Korb lag. Als es damit nicht gelang, seine Entspannung zu zerstören, wurde ihm ein kleiner Blutstropfen auf seinem Gesicht "präsentiert". (Vergl. z.B. die bei Patientin U. durchgeführte Übung, bei der ihre Angst, erblinden zu müssen, angegangen wurde). Auf diese Weise war es allmählich möglich, so weit in der Therapie fortzuschreiten, daß der Patient sich eine Serie von Unglücksfällen vorstellen konnte, ohne davon beunruhigt zu werden. Die Bedeutung dieser Methode "for real-life-situations", wie WOLPE das bezeichnet, zeigte sich in diesem Fall auf sehr dramatische Weise. Zwei Tage vor seiner letzten Behandlung sah der Patient einen Mann, der von einem Motorrad zu Boden gestoßen wurde. Der Mann war ernstlich verletzt und blutete stark. Der Patient war von diesem Blut vollkommen unbeeindruckt und half sogar den Verletzten in die Ambulanz tragen.

MEYER berichtet unter dem Titel "The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles" (69) von einer Behandlung, die auf dem theoretischen Fundament beruht, das - neben anderen - vor allem WOLPE auf Grund der Ergebnisse seiner Tierexperimente aufgestellt hat. Insbesondere wird bei MEYERs Therapie das Gesetz der "primary stimulus generalisation" angewendet. Nach diesem Gesetz wird ein bedingter Reflex nicht ausschließlich von dem ursprünglichen "conditioned stimulus" ausgelöst, sondern bis zu einem gewissen Grade auch von einer Reihe von Reizen, die mehr oder weniger dem ursprünglichen ähnlich sind. Je weniger ähnlich nun der neue Reiz dem ursprünglichen ist, desto weniger stark ist der ausgelöste bedingte Reflex. Diesem Prinzip zufolge kann nun die Konfrontation mit einer Situation ("environmental situations") - die der ursprünglichen ähnlich ist, aber eine geringere Angstreaktion hervorruft - therapeutisch genützt werden. Denn während einer solchen Situation kann der Patient versuchen, die "adaptive normal reaction" zu substituieren gegen die ursprüngliche "unadaptive anxiety response". --- Eine Reihe ähnlicher Situationen kann also therapeutisch gegen die ursprüngliche Situation verwendet werden, auf die der Kranke mit einer "unadaptive anxiety response" reagierte. Auf diese Weise können die ursprünglichen "unadaptive responses" eliminiert werden. Zur Demonstration ist die von MEYER angegebene Krankengeschichte und Therapie auszugsweise in deutscher Übersetzung beigefügt:

Der Autor berichtet von einer 48-jährigen Patientin, die seit ihrem 28. Lebensjahr an Ohnmachtsanfällen gelitten hatte. Außerdem hatte sie starke Furcht, alleine auszugehen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Seit ihrem 46. Lebensjahr weigerte sich die Patientin, unbegleitet auszugehen. Kurz vor ihrer Einweisung war sie gelegentlich unfähig, mit Freunden oder ihrem Mann auszugehen. Sie wurde zunehmend ängstlicher, deprimiert, furchtsam und trug sich mit Selbstmordgedanken. Sie verlor das Vertrauen, gab ihren verantwortungsvollen Beruf auf und verrichtete ihre Hausarbeit unzureichend. Bis zur Einweisung arbeitete sie weiter, mußte aber den gesamten Weg von und zur Arbeitsstätte begleitet werden. --

Da eine Temporallappenepilepsie vermutet wurde, untersuchte man sie eingehend. Sämtliche Untersuchungen verliefen jedoch negativ. Weitere Untersuchungen deuteten nicht auf eine organische Entwicklung hin, ebenso konnten ihre Anfälle nicht cardiologisch erklärt werden. --

Nachdem MEYER genaue Einzelheiten über ihre phobischen Symptome erfahren hatte und er der Patientin die Notwendigkeit dieser Therapie begründet hatte, begann er folgendermaßen mit der Behandlung:

Da der günstigste Ort, um ihre "abnormal behaviour" provozieren zu können, eine Tür - die nach "draußen" führte - und die "Außenwelt" selbst waren, wurde ein Krankenhausgarten als Ausgangspunkt für die Behandlung gewählt. Bei der ersten Gelegenheit betrat die Patientin (subject S) den Garten mit dem Therapeuten (experimenter E). --- Nach dem Ausgang berichtete sie, sie habe dabei ein "klopfendes Gefühl" im Magen verspürt. Tagsdarauf bemerkte sie, sie fühle sich wohl und wolle aus eigenem Antrieb den Garten allein betreten. Als sie zweimal allein - ohne die geringsten Anzeichen von irgendwelchen Symptomen - in den Garten gegangen war, wurde der Behandlungsort gewechselt. Die Therapie wurde im Hauptgarten des Hospitals weitergeführt. Die Patientin ging vorerst mehrmals mit E in den Garten. Sodann wurde sie aufgefordert, allein auszugehen, um E zu treffen, oder : um E zu suchen und zu finden. Da S ziemlich abhängig von E' s Gegenwart zu sein schien, wurde das Personal der Abteilung gebeten, an der Behandlung mitzuwirken, ohne daß S davon wußte. So ging sie mit Schwestern oder Patienten im Garten spazieren. Verschiedene Ausgänge fanden auch abends statt. Das nächste Stadium der Behandlung war folgendes : E ging außerhalb des Klinikbereiches mit der Patientin spazieren. Man begann zuerst mit Ausgängen auf kleineren Straßen und dehnte die Behandlung dann auf die Hauptstraße aus. Die Entfernungen wurden

allmählich vergrößert. Dann ging S auch mit anderen Personen aus-. Schließlich war sie sogar fähig, allein draußen zu sitzen, um E oder andere zu treffen. Sie unternahm 4 Ausfahrten in Begleitung von E und wollte häufig mit anderen Patienten einkaufen gehen. Nach 2 Wochen war sie - ohne jegliche Schwierigkeiten - in der Lage, allein kleinere Ausflüge zu unternehmen. Die darauffolgenden 16 Tage ging sie mit E, anderen Personen und allein spazieren. Darauf folgten kleinere Ausflüge mit dem Bus und schließlich ging sie dreimal allein abends aus. Sie verbrachte 3 Wochenenden zuhause, wurde aber angewiesen, nur auszugehen, wenn sie sich die Ausgänge zutrauen würde. (Hier wird ein Unterschied merkbar zwischen bloßen Übungen und eigentlicher "Paradoxer Intention", da der im Sinne der logotherapeutischen Technik instruierte Patient die Übungen durchführt, ohne Rücksicht auf seine körperliche oder seelische Verfassung; ja oftmals sogar bewußt ihr trotzend). Sie brachte es fertig, 3 kleinere Spaziergänge in der Nähe ihres Hauses zu unternehmen. Am letzten Behandlungstag fuhr sie drei Meilen vom Hospital weg und zurück. Sie berichtete, während der gesamten Behandlung niemals irgendwelche Symptome gehabt zu haben, mit Ausnahme eines gelegentlichen "leichten Klopfens" in der Magengegend. Ihr Verhalten auf der Abteilung besserte sich zusehends. Sie war heiter und fühlte sich wohl. --- Nach einer etwa 5-wöchigen Behandlung wurde sie entlassen. Verwandten und Freunden wurde gesagt, sie solle dazu angehalten werden, allein auszugehen; vorausgesetzt, sie sei zuversichtlich. Nach Behandlungsende sollte sie 14-tägig in die Sprechstunde kommen, um nötigenfalls die Behandlung modifizieren zu können. Über ihren Zustand nach Beendigung der Behandlung berichtet MEYER:

Während der darauffolgenden 5 Monate arbeitete sie regelmäßig und kam unbegleitet in die Klinik. Sie unternahm Spaziergänge und war in der Lage, ihrer Arbeit nachzugehen. An jedem Arbeitstag traf sie am Bahnhof einen Freund, der mit ihr in die Fabrik fuhr. Auf dem Nachhauseweg traf sie ihren Ehemann. Sie war fähig, bis zum Bahnhof allein zu gehen. Als der Freund sie zweimal verfehlte, störte sie das nicht. -- Während einer Busfahrt bekam sie einen ihrer plötzlichen "blackouts" und war 45 min. bewußtlos. Ungeachtet dieser Schwierigkeiten arbeitete sie auch weiterhin und ging allein aus. Ende des 4. Monats unternahm sie allein häufige Ausflüge. Zum erstenmal seit zwei Jahren verrichtete sie in angemessener Weise ihre Hausarbeit. Als der Freund auf Urlaub war, ging sie allein zur Arbeit. Sie erzählte, sie habe gelegentliche Angstgefühle, aber sie würde deswegen nicht von Panik erfaßt werden. -- In der letzten Zeit war sie heiter, voller Zuversicht und praktisch geheilt von ihrer "unvernünftigen Angst". -- Drei Tage nach der letzten Unterredung starb die Patientin an den Folgen eines ihrer plötzlichen "blackouts". Die Todesursache war akutes Herzversagen, was durch eine Obduktion bestätigt wurde.

Vergleicht man diese beiden wiedergegebenen Behandlungsverfahren von WOLPE und MEYER mit der in Kapitel II niedergeschriebenen logotherapeutischen Behandlung, so ist die äußere Ähnlichkeit in der Methodik auffällig. Besonders gut vergleichen kann man die Therapie MEYER's mit der Behandlung KOCOUREK's von Patient P.. KOCOUREK hat bei Patient P. auch die Übungen und Intentionen zuerst im Klinikbereiche begonnen. Dann hat er die Behandlung ausgedehnt auf den Garten der Klinik, auf kleinere Seitenstraßen und schließlich auf die Hauptstraßen. Auch die ständige Wiederholung ähnlicher Situationen ist ein Charakteristikum der "Paradoxen Intention". Patient P. beispielsweise - bei ihm zeigte sich die Kollapsphobie besonders auffällig in der Straßenbahn, er mied diese ein ganzes Jahr lang - fuhr zuerst kurze Strecken mit dieser Bahn, dann intendierte er seinen "Herztod" im Autobus, in der Schnellbahn usw.. Es besteht also in der Ausführung der Übungen nur ein geringer Unterschied zwischen der von MEYER beschriebenen und der FRANKLschen Methode. Dennoch geht die "Paradoxe Intention" weit über diese Übungen hinaus, da sie den Kranken die Intention des Gefürchteten und damit das rechte Sich-Verhalten gegenüber seiner Angst lehrt. Man könnte sagen, die logotherapeutische Technik der "Paradoxen Intention" fängt eigentlich erst dort an, wo die behavioristischen Methoden aufhören. Die "Paradoxe Intention" ist eben nicht nur eine "neurophysiologisch orientierte" Therapie, sondern ist doch vor allem Logo-therapie. Denn sie verbleibt nicht auf der "Ebene der Lernprozesse und bedingten Reflexe" (70), sondern transzendiert sie und geht dimensional über Behaviorismus und Reflexologie hinaus. Wie es FRANKL einmal in einer Vorlesung ausführte, ersetzt die "Paradoxe Intention" nicht nur "conditioning processes" durch "reconditioning processes"; sie ersetzt nicht nur Bedingungen durch Gegenbedingungen. Sie läßt den Menschen über diese Bedingungen auch hinauswachsen, indem sie den "Einstieg in die menschliche Dimension wagt". Als Logotherapie läßt sie den Kranken sich seines (relativen) Freiseins gegenüber allen (psychopathologischen) Gegebenheiten bewußt werden, indem sie die dem Menschen eigene "Selbstdistanzierungsfähigkeit" mobilisiert und auf diese Weise "ganz neue Bezugsquellen" erreicht, um die Neurose "aus den Angeln zu heben". Nach PETRILOWITSCH ergibt sich daraus ein unabwägbarer Vorteil, da "neurotische und krankhafte Symptome" nicht auf derselben Ebene, sondern "auf der übergeordneten, der höchsten personalen Ebene behandelt werden". Und nach PETRILOWITSCH läßt es sich kasuistisch belegen, daß derartige "rein symptomatologisch eingesetzte logotherapeutische Praktiken wie ein Katalysator wirken und ohne Zutun des Therapeuten gleichsam "automatisch" eine Reorientierung des Kranken und den Aufbau einer personadäquaten Wertordnung einleiten können" (71).

Bestimmte Ähnlichkeiten in der Durchführung der Behandlung bestehen auch zu DUNLAPs "negative practice", die im Prinzip darin besteht, den Patienten die "auszurottende Gewohnheit" noch weiter aufmerksam und bewußt fortsetzen zu lassen. Diese Methode wird mit oft erstaunlichem Erfolg angewendet. EYSENCK's Ausführungen folgend, kommt es bei einer Gewohnheitshandlung nämlich "offensichtlich ganz wesentlich auf ihre automatische, unbewußte Wiederholung an" (72). Ein einprägsames Beispiel führt EYSENCK dazu an. Er schreibt: wenn man nicht - wie üblich - automatisch eine Treppe hinunterläuft, sondern dies bewußt und aufmerksam durchführt, dann werde man bald mit gebrochenem Bein am Fuße der Treppe liegen und von der "Bedeutung eines unbewußten Ablaufs von Gewohnheiten fest überzeugt sein" (72) [3]. In der "negativen Praxis" wird nun die "üble Gewohnheit" dadurch zunichte gemacht, daß man den Patienten sorgfältig, genau und bewußt alle Einzelheiten dieser "Gewohnheit" beobachten und ausführen läßt (72).
Gerade die bewußte Intention - das bewußte und genaue Nacherleben und Ausführen der gefürchteten Situation - ist ja auch für die "Paradoxe Intention" kennzeichnend. Jede Übung wird für den Kranken zu einem echten Erlebnis, sie setzt die Teilnahme der gesamten Persönlichkeit des Kranken am Erlebnisakt voraus. Erst, wenn man die praktische Durchführung der "Paradoxen Intention" in die Betrachtung mit einbezieht, kann man erkennen, wie stark gerade der affektiv-emotionale Faktor in der Behandlung tatsächlich ist.

Auch in ihrer Auffassung von der Notwendigkeit einer symptomatischen Behandlung stimmen FRANKL und die EYSENCK'sche Schule weitgehend überein. JONES bemerkte einmal:

> Viele Beweise sprechen für die Tatsache, daß der Neurotizismus großenteils ein konstitutioneller Defekt ist, für den es bis jetzt noch keine wirkungsvolle radikale Therapie gibt. Ein Individuum mit einer neurotischen Konstitution entwickelt in bestimmten "environmental circumstances" bestimmte Symptome. Die vernünftige Therapie ist dann, die Symptome zu behandeln,

---

3) Ähnliches findet sich auch bei FRANKL in der ersten Auflage der "Psychotherapie in der Praxis" (1947). Auf Seite 34 lesen wir:

> "Jeder Akt... wird durch absichtliche Hinlenkung der Aufmerksamkeit, durch sein Gewolltsein, in seinem Vollzug bedroht: alle Bewußtheit, alle Absichtlichkeit scheint irgendwie zu einer Interferenz mit der Ursprünglichkeit eines Aktes zu führen!... So wird es verständlich, daß forcierte Selbstbeobachtung, die Re-flexion der Aufmerksamkeit, der Intention auf den Aktvollzug selbst, eo ipso ihn stören muß."

die Umgebung des Patienten zu modifizieren, ebenso wie das Wiederaufleben oder die Entwicklung neuer Symptome zu vermeiden (73).

Ähnliche Überlegungen finden sich auch bei FRANKL, er ist aber der Meinung, die "Paradoxe Intention" sei, obwohl sie sich offenbar zuerst dem "symptomatologischen Vordergrund" einer Neurose zuwende, keine ausschließlich symptomatische Therapie, sondern letzten Endes "das Medium einer tiefergehenden und existentiell durchgreifenden Umstellung", die FRANKL die "Wiederherstellung eines Urvertrauens zum Dasein" nennt (74).

Mit dem Hinweis auf die Behandlungsverfahren der "lern-theoretisch begründeten Psychotherapie", die aus den Ergebnissen der experimentellen Psychologie umfassende psychologische Theorien des menschlichen Verhaltens und seiner Störungen sowie wirkungsvolle Behandlungsmethoden dieser Fehlhaltungen entwickeln konnte, sollte gezeigt werden: die "Paradoxe Intention" wäre mit diesen behavioristischen Methoden viel eher zu vergleichen als mit den Persuasions- oder Suggestionsverfahren. Dennoch kann man die "Paradoxe Intention" nicht bloß mit dieser einen nicht-psychoanalytischen Methode vergleichen. Innerhalb dieser Methoden erweisen sich die logotherapeutische und die reflexologisch-behavioristischen Schulen in gewissem Sinne sogar als Gegensätze.

Abgesehen von diesen Interpretationen wäre es aber vorteilhaft, die Anwendung der FRANKLschen Methode nicht zu sehr von theoretischen Überlegungen abhängig zu machen, vielmehr ihre therapeutischen Erfolge für sich sprechen zu lassen. Der therapeutische Nutzen und praktische Wert der "Paradoxen Intention" kann heute nicht mehr angezweifelt werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Kapitel I: Logotherapeutische Aspekte einer Behandlung mit "Paradoxer Intention" und "Dereflexion".

In diesem Kapitel wurde versucht, das theoretische Fundament der "Paradoxen Intention" und "Dereflexion" aufzuzeigen. FRANKL sieht den Menschen als eine "leiblich-seelisch-g e i s t i g e" Einheit; dabei ist die bewußte Eingliederung der sog. "geistigen Dimension" für die Logotherapie charakteristisch. In dieser "noetischen Dimension" finden sich nach FRANKL "spezifisch humane Phänomene" wie z. B. die Geistigkeit, die Freiheit und die Verantwortlichkeit des Menschen. Infolge seiner Freiheit und der Fähigkeit, ex-sistieren zu können, ist der Mensch in der Lage, sich zu jeder psycho-physischen Gegebenheit "so oder so" einzustellen (Logotherapie ist wesentlich Umstellungstherapie); ja er kann sich von diesen körperlichen und seelischen Bedingungen sogar distanzieren. Diese Eigenschaft des Menschen bezeichnet FRANKL als die "Selbstdistanzierungsfähigkeit" des Menschen. Sie wird vor allem mit Hilfe des Humors in der Behandlung mobilisiert, und dadurch eine Objektivierung der Symptome erreicht. -- Nach diesen anthropologischen Vorbemerkungen wurde die weitere Erläuterung der "Paradoxen Intention" von der "Theorie und Therapie der Neurosen" her abgeleitet:
FRANKL hält den von ihm beschriebenen "Mechanismus der Erwartungsangst" für das "eigentlich Pathogene" und den "gemeinsamen Nenner" neurotischer Reaktionen. Dieser "Mechanismus der Erwartungsangst" äußert sich in der Weise bei einem Angstneurotiker, daß sich primäre unbestimmte Angstzustände durch diesen Mechanismus zu einer sekundären "Angst vor der Angst" potenzieren. Während nun die primäre Angst (bereitschaft) eine (oft somatische) Ursache hat, ist der Grund der sekundären "Angst vor der Angst" nach FRANKL in einer Kollaps-, Infarkt- oder Insultphobie zu suchen. Bei den Zwangsneurotikern konnte FRANKL eine "Angst vor dem Zwang" feststellen. Der Grund für diese Angst ist eine Psychoto-, Suizid- oder Homizidphobie, da der Kranke glaubt, seine Zwangseinfälle könnten zum Wahnsinn führen oder er könnte sich oder anderen etwas antun. Für die Angst- und Zwangsneurotiker sind ihre Angstzustände eine "Furcht vor etwas Abnormen". Den Sexualneurotiker dagegen kennzeichnet der forcierte "Wunsch nach etwas Normalen", nämlich die "forcierte Intention der Sexuallust" und die "forcierte Reflexion des Sexualaktes". Durch die forcierte Intention der Sexuallust verunmöglicht der Sexualneurotiker diese Lust auch schon, da Lust nicht intendiert werden kann, sondern ein Effekt bleiben muß. Diese Erkenntnisse über das sexualneurotische Verhalten wurden von FRANKL zur Therapie bei Angst-

und Zwangsneurosen genützt. Denn in der "Paradoxen Intention" soll der Patient versuchen, die Angst vor einem Angstanfall oder der möglichen Ausführung eines Zwangsgedankens durch den Wunsch - oder die (für den Patienten so paradoxe) Absicht (=Intention) - zu ersetzen, diesen Wunsch auch schon verwirklichen zu wollen. Der Patient muß sich nachgerade das wünschen oder vornehmen, wovor immer er sich fürchtete. Durch eine derartige Intention kann der Zirkelmechanismus der Erwartungsangst gesprengt und den Befürchtungen des Patienten schon der "Wind aus den Segeln" genommen werden.
Da zu einer "Paradoxen Intentions"-Behandlung notwendigerweise die "De-reflexion" gehört, wurde diese Behandlungsart kurz besprochen. Analog der menschlichen Selbstdistanzierungsfähigkeit, - die die anthropologische Bedingung für eine Therapie mit "Paradoxer Intention" bildet - ist die menschliche Selbsttranszendenz, welche anthropologisch der Verantwortlichkeit zugrunde liegt, die Voraussetzung für das therapeutische Korrektiv in der "De-reflexion". Die spezifisch menschliche Eigenschaft der Selbsttranszendenz wird in der "De-reflexion" mobilisiert. Der Patient, der es in der "Paradoxen Intention" gelernt hat, an seiner Neurose vorbeizuleben, soll sich nun einer Lebensaufgabe zuwenden. Es ist die logotherapeutische Vorstellung, daß der Kranke in dem Maße aus seinem Denken an seine Angstgefühle oder Zwangsgedanken herausgerissen wird, in dem er sich einer Aufgabe zuwendet, die ihn persönlich erfüllt. Somit sieht die Logotherapie in der "De-reflexion" den tiefsten Sinn einer psychotherapeutischen Behandlung, da der Kranke hingelenkt wird "auf das in vollem Verantwortungsbewußtsein ergriffene konkrete und persönliche Dasein" (56).

Kapitel II : Die Therapie mit "Paradoxer Intention" und "Dereflexion"

Zuerst wurden einige Erläuterungen zur praktischen Durchführung der Behandlung gegeben. Es wurde zwischen der vollklinischen Durchuntersuchung und der psychotherapeutischen Behandlung unterschieden. Diese wiederum wurde eingeteilt in die allgemeine Psychotherapie und die eigentliche Behandlung nach "Paradoxer Intention". Dann berichtete der Verfasser von der Behandlung mit "Paradoxer Intention" bei folgenden fünf Patienten:

Pat. U., 25a, Diagnose: Angst- und Zwangsneurose mit konversions-neurotischen Zügen.
Pat. M., 27a, Diagnose: Angst- und Zwangsneurose.
Pat. P., 44a, Diagnose: Angstneurose mit Klaustrophobie.
Pat. H., 41a, Diagnose: Zwangsneurose.
Pat. T., 31a, Diagnose: Zwangsneurose.

Es bestand die Absicht, das Spezifische einer Behandlung mit "Paradoxer Intention" wiederzugeben, darum legte der Referent großen Wert auf die Wiedergabe der Formulierungen des Arztes und der Patienten, auf das Verhalten der Patienten und auf die praktischen Übungen; ferner interessierte der Zustand des Patienten 7-15 Monate nach Behandlungsbeginn (Epikrise). Der Krankengeschichte sowie der stationären und ambulanten Behandlung jedes Patienten wurde eine kurze Charakteristik des Kranken vorangestellt. Da die psychotherapeutische Behandlung schwerlich gekürzt wiedergegeben werden kann, wurde in der Zusammenfassung darauf verzichtet.

Kapitel III : Die "Paradoxe Intention" und ihr Verhältnis zu Persuasions- und Suggestivverfahren und zu den Behandlungsmethoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie

Auf Grund von Beobachtungen, die während der Behandlung gemacht werden konnten, wurde in diesem Kapitel versucht, eine Vorstellung davon zu geben, mit welchen nicht-psychoanalytischen Behandlungsmethoden die "Paradoxe Intention" zu vergleichen ist.

Der Ansicht von EWALD und STROTZKA, die "Paradoxe Intention" sei eine Form der Persuasionsmethode, widersprachen folgende Beobachtungen: die therapeutische Wirkung der Denkvorgänge - nach STOKVIS ein Kennzeichen einer Persuasionsmethode - wird nicht überschätzt, da in einer logotherapeutischen Behandlung der Arzt nur ausnahmsweise "dem Patienten mit der Logik kommt". Weiterhin werden die "wichtigeren affektiven Faktoren" (STOKVIS) nicht negiert, da gerade das bewußte und genaue Nacherleben und Ausführen der gefürchteten Situation eine echte Teilnahme der gesamten Persönlichkeit des Kranken erfordert und der affektiv-emotionale Faktor tatsächlich bedeutend ist. Außerdem würde in einer Persuasionsbehandlung der Arzt dem Patienten sagen: "Sie werden gesund werden, es kann Ihnen nichts geschehen". Der im Sinne der "Paradoxen Intention" instruierte Patient dagegen geht mit der Absicht weg, es solle ihm nur alles Mögliche geschehen, es solle ihm nur "schlechter ergehen", und er durchlebt auch die Situation vor der er sich ängstigte.
Gegen BECKERs und STOKVIS' Meinung, die "Paradoxe Intention" sei weitgehend mit einer Suggestionsbehandlung identisch, sprachen folgende Beobachtungen:
Neben sog. "antisuggestiven Momenten", die bei verschiedenen Patienten bemerkt werden konnten, und dem Unterschied in den Formulierungen (bei COUE:

"Mir geht es gut"; bei FRANKL: "Mir soll es noch schlechter gehen"), spricht insbesondere folgende Beobachtung gegen eine Suggestionstherapie: während in der Suggestion der Patient in seiner passiven Haltung verbleibt und seine Eigenverantwortung erheblich herabgesetzt wird, mobilisiert der Arzt in der logotherapeutischen Behandlung die Initiative des Patienten. Was in erster Linie den Unterschied zu einer Suggestionsbehandlung ausmacht, ist die Umschaltung von einem passiven auf das aktive Verhalten des Patienten. In jeder "Paradoxen Intentions"-Behandlung sind gerade die praktischen Übungen, während derer der Kranke die angstprovozierende Situation durchlebt, von grosser Bedeutung und therapeutisch wirkungsvoller als mögliche Persuasions- oder Suggestiveffekte.

Bei dem Vergleich der "Paradoxen Intention" mit weiteren nicht-psychoanalytischen Verfahren - unter besonderer Berücksichtigung der praktischen Übungen - fiel die Parallelle zu den Methoden der "lern-theoretisch begründeten Psychotherapie" auf. Da FRANKL, GERZ, MÜLLER-HEGEMANN und KVILHAUG auf den Zusammenhang der "Paradoxen Intention" mit der reflexologisch-behavioristischen Schule hinweisen, sollte die weitgehende Übereinstimmung in der praktischen Durchführung beider Methoden gezeigt werden. Besondere Ähnlichkeiten fanden sich zwischen der logotherapeutischen und der reflexologisch-behavioristischen Methode der Autoren WOLPE und MEYER. WOLPE konfrontierte seine Patienten auch mit jenen Situationen, auf welche sie mit Angst reagierten ("method for real-life-situations"). Er arbeitet allerdings teilweise mit Hypnose, was in der "Paradoxen Intention" nicht der Fall ist. Außerdem sollten sich - genau wie in der "Paradoxen Intention"- WOLPEs Patienten die gefürchtete Situation bewußt vorstellen.

Bei einem Vergleich der FRANKLschen Methode mit der MEYERschen Therapie zeigte sich, daß bei beiden Methoden das Gesetz der "primary stimulus generalisation" angewandt wird. Nach diesem Gesetz kann eine Reihe ähnlicher Situationen ("environmental situations") therapeutisch gegen die ursprüngliche Situation verwendet werden, auf die der Patient mit einer "unadaptive anxiety response" reagierte. Durch die Wiederholung ähnlicher Situationen können die ursprünglichen "unadaptive responses" eliminiert werden. Auch das Ordnen der angst-provozierenden Situationen nach ihrem Schwierigkeitsgrad konnte bei beiden Methoden festgestellt werden.

Ebenso wurde die Parallele zu DUNLAPs "negative practice" deutlich. Bei dieser Behandlungsart wird die "auszurottende Gewohnheit" (EYSENCK) dadurch zunichte gemacht, daß der Kranke diese Gewohnheit absichtlich, bewußt und sorgfältig weiterführt und alle Einzelheiten dabei genau beobachtet. Für die

"Paradoxe Intention" ist auch die bewußte Intention, das bewußte und genaue Nacherleben der gefürchteten Situation kennzeichnend.

Als Ergebnis dieser Überlegungen und Vergleiche zeigte sich, daß die "Paradoxe Intention" nicht mit einer einzigen nicht-psychoanalytischen Methode verglichen werden kann, da es sich im Falle der "Paradoxen Intention" um eine Kombinationsform handelt. Wird aber ein Vergleich mit einer einzigen nicht-psychoanalytischen Methode angestrebt, so wäre die "Paradoxe Intention" viel eher mit den Methoden der "lerntheoretisch begründeten Psychotherapie" zu vergleichen als mit Persuasions- oder Suggestivverfahren.

QUELLENNACHWEIS :

Die zweite Zahlenangabe in Klammern bezieht sich auf die Literaturangabe, unter dieser Zahl sind die genauen Daten der Publikation angegeben.

1	(1)	Johannes Cremerius,	Psychotherapie als Kurzbehandlung, S. 10.
2	(1)		" S. 11.
3	(--)	Viktor E. Frankl,	"Angst und Zwang", in: Acta Psychotherapeutica, 1, 111, 1953.
4	(17)	Albert Görres,	Denkschrift, S. 8.
5	(50)	Bjarne Kvilhaug,	"Klinische Erfahrungen mit der paradoxen Intention", Vortrag.
6	(36)	Hans Gerz,	"Über 7-jährige klinische Erfahrungen mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention", S. 25 ff.
7	(40)	J. Lehembre,	in: Acta neurol. belg. 64, 725, 1964, S. 734ff.
8	(24)	Viktor E. Frankl,	"Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie", S. 663.
9	(24)	"	" S. 665.
10	(14)	Gordon W. Allport,	Vorwort zu V. E. Frankls: Man's Search for Meaning, Zitat nach: V. E. Frankl, The Doctor and the Soul, (Literaturangabe Nr. 15,) p. 219.
11	(18)	Robert C. Leslie,	Jesus and Logotherapy, 1965, Zitat nach: V. E. Frankl, The Doctor and the Soul, p. 219
12	(27)	Viktor E. Frankl,	Schweiz. med. Wschr. 31, 69, 707, 1939, S. 709.
13	(24)	"	Handb. der Neurosenlehre, Bd. III., S. 667.
14	(16)	"	Ärztliche Seelsorge, S. 191.
15	(10)	"	Theorie und Therapie der Neurosen, S. 172.
16	(24)	"	Handbuch, Bd. III, S. 684.
17	(10)	"	Theorie und Therapie der Neurosen, S. 170

18 (10) Viktor E. Frankl, Theorie und Therapie der Neurosen, S. 151

19 (13) " Psychotherapie in der Praxis, S. 175

20 (10) " Theorie und Therapie der Neurosen, S. 169

21 (13) " Psychotherapie in der Praxis, S. 176

22 " " " S. 116

23 " " " S. 173

24 " " " S. 176

25 (10) " Theorie und Therapie der Neurosen, S. 20

26 (16) " Ärztliche Seelsorge, S. 181

27 aus dem Vorlesungsmanuskript über "Psychiatrie" vom WS 1965/66 S. 72 der Univ. Nervenklinik, Wien, Dir. Prof. Dr. Hans Hoff.

28 (10) Viktor E. Frankl, Theorie und Therapie der Neurosen, S. 59

29 aus: Pschyrembel, Praktische Geburtshilfe, 11. Auflage, Berlin, 1966, S. 137, und Vorlesungsmitschrift Prof. Dr. Antoine, Wien.

30 (10) Viktor E. Frankl, Theorie und Therapie der Neurosen, S. 61

31 " " " S. 61 ff.

32 " " " S. 67

33 " " " S. 83

34 " " " S. 68

35 " " " S. 75

36 " " " S. 80 u. 84

37 (33) " Psycho-sexuelle Störungen, S. 1 des Sonderdruckes der Österreichischen Ärztezeitg.

38 (10) " Theorie und Therapie der Neurosen, S. 80 ff.

39 (13) " Die Psychotherapie in der Praxis, S. 90

40 (16) " Ärztliche Seelsorge, S. 204

41	(16)	Viktor E. Frankl,	Ärztliche Seelsorge,	S. 188
42	(24)	"	Handbuch der Neurosenlehre,	Fußnote S. 728/9
43	(13)	"	Die Psychotherapie in der Praxis,	S. 120
44	(16)	"	Ärztliche Seelsorge,	S. 180
45	(10)	"	Theorie und Therapie der Neurosen,	S. 69
46	(16)	"	Ärztliche Seelsorge,	S. 187
47	"	"	"	S. 178
48		"	Die Psychotherapie in der Praxis,	S. 114
49	(16)	"	Ärztliche Seelsorge,	S. 192
50	(24)	"	Handbuch, Bd, III,	S. 690
51	"	"	"	S. 687
52	(10)	"	Theorie und Therapie der Neurosen,	S. 94
53	(16)	"	Ärztliche Seelsorge,	S. 169
54	"	"	"	S. 204/5
55	(10)	"	Theorie und Therapie der Neurosen, und "Aphoristische Bemerkungen zur Sinnproblematik", Lit. ang. Nr. 32,	S. 180 S. 337 ff.
56	(13)	"	Die Psychotherapie in der Praxis,	S. 128/9
57	"		" (Vorwort zur 1. Aufl.)	S. VII
58	(38)	G. Kaczanowski,	Die logotherapeutische Richtung in Nordamerika, Vortrag.	
59	(45)	A. M. Becker,	Psyche, 9, 801, 1955, S. 809.	
60	(46)	"	Psyche, 17, 357, 1963/4, S. 364.	
61	(43)	Hans Strotzka,	Acta Psychotherapeutica, 1, 154, 1953.	
62	(22)	B. Stikvis et al.	Suggestion, S. 126.	
63	(23)	"	Der Mensch in der Entspannung, S. 68 ff.	
64	(48)	G. Lebzeltern,	"V. E. Frankls Paradoxe Intention", S. 16 ff.	

65	(13)	Viktor E. Frankl,	Zitat nach: Die Psychotherapie in der Praxis, 2. Auflage 1961, S. 106 ff.
66	(16)	"	zitiert nach: Ärztliche Seelsorge, S. 202
67	(34)	"	"Logotherapie und ihre klinische Anwendung", S. 3.
68	(4)	Joseph Wolpe,	aus: Behaviour Therapy and the Neuroses, S. 109.
69	(4)	Victor Meyer,	aus: Behaviour Therapy and the Neuroses, S. 135 ff.
70	(16)	Viktor E. Frankl,	Ärztliche Seelsorge, S. 204.
71	(41)	N. Petrilowitsch,	in: Die Med. Welt, 2790, 52/1964, S. 2791.
72	(3)	H. J. Eysenck,	Wege und Abwege der Psychologie, S. 129 ff.
73	(--)	H. G. Jones,	"The application of conditioning and learning techniques to the treatment of a psychiatric patient", in: J. Abnorm. (Soc.) Psychol. 52, 414-419, 1956; zitiert nach Lit. ang. Nr. 4, S. 141 ff.
74	(24)	Viktor E. Frankl,	Handbuch der Neurosenlehre, S. 725, Bd. III.

VERZEICHNIS DER BENUTZTEN LITERATUR:

A. Bücher :

1 Cremerius, Johannes, Psychotherapie als Kurzbehandlung in der Sprechstunde, Lehman's Verlag, München 1951.

2 " Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie, Springer, 1951.

3 Eysenck, Hans Jürgen, Wege und Abwege der Psychologie, Rowohlts deutsche Enzyklopädie, Bd. 17, Hamburg, 1965

4 " Behaviour Therapy And The Neuroses, Readings in modern methods of treatment derived from Learning Theory, Pergamon Press, Oxford, 1960.

5 Frankl, Viktor Emil, Zeit und Verantwortung, Deuticke, Wien, 1947

6 " Die Existenzanalyse und die Probleme der Zeit, Amandus, Wien, 1947.

7 " Der unbedingte Mensch, Metaklinische Vorlesungen, Deuticke, Wien 1949.

8 " Homo patiens, Versuch einer Pathodizee, Deuticke, Wien 1950.

9 " Logos und Existenz, drei Vorträge, Amandus, Wien, 1951.

10 " Theorie und Therapie der Neurosen, Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse, Urban & Schwarzenberg, Wien-Innsbruck, 1956 (vergriffen).

11 " Das Menschenbild der Seelenheilkunde, drei Vorlesungen zur Kritik des dynamischen Psychologismus, Hippokrates, Stuttgart, 1959

12 Frankl, Viktor Emil, Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, herausgegeben von Viktor E. Frankl, Victor E. v. Gebsattel und J. H. Schultz, Bd. III, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1959.

13 " Die Psychotherapie in der Praxis, eine kasuistische Einführung für Ärzte, 2. Aufl., Deuticke, Wien, 1961.

14 " Man's Search for Meaning, An Introduction to Logotherapy, Washington Square Press, New York, 8 th printing, April 1966.

15 " The Doctor and the Soul, An Introduction to Logotherapy, Alfred A. Knopf, New York, 2. edition, 1965.

16 " Ärztliche Seelsorge, Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, 7.; neubearbeitete und ergänzte Auflage, Deuticke, Wien, 1966.

17 Görres, Albert, Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Denkschrift im Auftrag der d. Forschungsgemeinschaft verfaßt von A. Görres unter besonderer Mitwirkung von Robert Heiß, Helmut Thomä und Thure v. Uexküll, Steiner Verlag, Wiesbaden 1964.

18 Leslie, Robert, Jesus and Logotherapy, The Ministry of Jesus as Interpreted Through the Psychotherapy of Viktor Frankl, Abingdon Press, New-York-Nashville, 1965.

18a Lebzeltern, Gustav, Angstzustände und deren Überwindung, Leykam-Verlag, Graz, 1967.

19 Polak, Paul, Frankls Existenzanalyse in ihrer Bedeutung für Anthropologie und Psychotherapie, Tyrolia, Innsbruck-Wien-München, 1949 (vergriffen).

20 Scheler, Max, Die Stellung des Menschen im Kosmos, Francke, Bern und München, 1962.

21 Stern, Erich, Die Psychotherapie der Gegenwart, Rascher Verlag, Zürich, 1958.

22 Stokvis, Berthold und Pflanz Manfred, Suggestion, in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet, Karger, Basel-New York, 1961.

23 Stokvis, Berthold und E. Wiesenhütter, Der Mensch in der Entspannung, Lehrbuch autosuggestiver und übender Verfahren der Psychotherapie und Psychosomatik, Hippokrates, Stuttgart, 1961.

B. Buchkapitel :

24 Frankl, Viktor Emil, "Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie". in: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III, S. 663-736.

25 " "Fragments from the logotherapeutic Treatment of four cases", (With an Introduction and Epilogue by G. Kaczanowski), in: Modern Psychotherapeutic Practice, Innovations in Technique, herausgg. v. Arthur Burton (with a group of outstanding Contributors), Science And Behaviour Books, Inc., Californien„ 1965.

26 Kocourek Kurt, Eva Niebauer und Paul Polak, "Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie", in: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III. 1959.

C. Zeitschriftenartikel :

27 Frankl, Viktor E., "Philosophie und Psychotherapie", Zur Grundlegung einer Existenzanalyse, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 69, 707, 1939.

28 " "Existenzanalyse und Logotherapie", Referat auf dem Internationalen Kongress für Psychotherapie, Barcelona 1958, in: Acta Psychotherapeutica 8, 171, 1960.

29 " "Kombinierte Pharmako- und Psychotherapie anankastischer Syndrome", in: Wiener med. Wochenschrift 110, 726, 1960.

30 " "Gegenwartsprobleme der Psychotherapie", in: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete, 20, 78, 1962.

31 " "Die Heimholung der Psychotherapie in die Medizin", in: Acta Psychotherapeutica, 10, 99, 1962.

32 " "Aphoristische Bemerkungen zur Sinnproblematik", in: Arch. ges. Psychol. 116, 336, 1964.

33 " "Psychosexuelle Störungen", in: Österreichische Ärztezeitung, 20, 62, 1965.

34 " "Logotherapie und ihre klinische Anwendung", Einleitende Worte zum "Symposion über Logotherapie" auf dem 6. internationalen Kongreß für Psychotherapie in London, englische Ausgabe dieses Vortrags in: American Journal of Psychotherapy, Bd. 20, Seite 252-260, 1966, unter dem Titel: "Logotherapy and Existential Analysis, - A Review".

35 Gerz, Hans O. "Zur Behandlung phobischer und zwangsneurotischer Syndrome mit der "Paradoxen Intention" nach Frankl, " in: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 12, 145, 1962.

36	Gerz, Hans O.	"Über 7-jährige klinische Erfahrungen mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention", in: Zeitschrift für Psychotherapie und med. Psychologie, 16, 25, 1966.
37	Kaczanowski, G.	"Frankls Logotherapy", in: The American Journal of Psychiatry, 117, 563, 1960.
38	"	"Die logotherapeutische Richtung in Nordamerika", Vortrag, gehalten vor der Österreichischen Ärztegesellschaft für Psychotherapie.
39	Kocourek, Kurt	"Kombinierte medikamentöse und Logotherapie neurotischer Erkrankungen", in: Ärztliche Praxis, 7, 12, 1955.
40	Lehembre J.	"L' intention paradoxale, procédé de psychothérapie in: Acta neurol. belg. 64, 725, 1964.
41	Petrilowitsch N.	"Über die Stellung der Logotherapie in der klinischen Psychotherapie", (Nach einem auf dem 6. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in London gehaltenen Vortrag), in: Die medizinische Welt, S. 2790, Nr. 52/1964.
42	Schlederer, Fr.	"Zu einer Topologie der Logotherapie Viktor E. Frankls", (Lectio inauguralis, gehalten am 5. Okt. 1964 an der Philosophischen Fakultät S. J. des Berchmannkolleges Pullach b. München), in: Wissenschaft und Weltbild, 18, 62, 1965.
43	Strotzka Hans	in: Acta Psychotherapeutica, 1, 154, 1953.
44	Weisskopf-Joelson, Edith	"Logotherapy and Existential Analysis", Acta Psychotherapeutica, 6, 193, 1958.

Nachtrag:

45	Becker A. M.	"Existenz und Psychiatrie" (Über die Existenzanalyse), in: Psyche, 9, 801, 1955.
46	"	"Suggestion als sozialer Vorgang und als ärztliches Mittel mit besonderer Berücksichtigung der Irreführungs- und Placebofrage", in: Psyche, 17, 357, 1963/64.

D. unveröffentlichte Manuskripte :

47 Frankl Viktor E. "Mitschrift" eines Seminars im Sanatorium Vikersund, Norwegen, veranstaltet von der Norwegischen Gesellschaft für Psychiatrie,

Lebenslauf

Am 27. September 1941 wurde ich als erstes der fünf Kinder der Eheleute Heinrich und Alice Benedikt, geb. Schmidt, in Mühldorf (Obb.) geboren. Von 1947 bis 1954 besuchte ich die Volksschule in Mühldorf. Im September 1954 trat ich in das Deutsche Gymnasium der Benediktinerabtei Niederalteich (Ndby.) ein. Diese Schulausbildung schloß ich im Juni 1961 mit dem Abitur ab.

Im November 1961 begann ich das Medizinstudium an der Universität Freiburg im Breisgau und schloß die vorklinischen Semester dort mit dem Physikum ab. Nach dem ersten klinischen Semester in Freiburg studierte ich drei Semester in Wien. Ab Wintersemester 1966/67 studierte ich in München. Dort beendete ich im Sommersemester 1968 mein Studium mit dem Staatsexamen.